# Women and tobacco

In 1994, roughly three out of ten (29%) Canadian women were smoking on a daily or occasional basis. Smoking prevalence is higher among women living in Quebec (38%), young adult women aged 20 to 24 (38%) and young women with lower incomes (47%).[1] This overall prevalence rate has not changed significantly since 1991.

## Inside: KEY LESSONS


4 Gender differences in smoking behaviour.

8 Why young women start smoking.

10 Preventing tobacco use by young women.

14 Effective ways of helping women of all ages to quit smoking.

22 How tobacco-related policy issues affect women.

24 Encouraging community action on women's tobacco use.


Women's tobacco use has devastating consequences. Smoking is the leading preventable cause of premature death among Canadian women. Of these smoking-related deaths, lung cancer, ischemic heart disease, stroke and chronic obstructive lung disease are the leading causes. Smoking reduces the number of years a woman can expect to live – the reduction in life expectancy for a 35-year-old Canadian woman who smokes is estimated to be more than five years.[2]

When the federal government initiated the Tobacco Demand Reduction Strategy (TDRS) in early 1994, it was clear that addressing women's tobacco use was a priority. As a result, a number of projects were initiated to enhance our understanding of the issue and to increase the level of action to reduce women's tobacco use.

[1] Health Canada. *Survey on Smoking in Canada, Cycle 1*, August 1994. #7. Profile of Women.
[2] Pope, M., Ashley, M.J. & Ferrence, R. *Tobacco and Women's Health*. March 1997.

101-02733/



# Background: Information about tobacco control in Canada and this document.

## 1 About the Tobacco Demand Reduction Strategy.

In February 1994, the federal government launched a comprehensive, three-year initiative to counteract tobacco use in Canada, the Tobacco Demand Reduction Strategy (TDRS). The TDRS was developed to be consistent with the work and directions of the National Strategy to Reduce Tobacco Use (NSRTU), launched in 1987.

The goals of the TDRS were:

- to help non-smokers stay smoke free;
- to encourage and help those who want to quit smoking to do so; and
- to protect the health and rights of non-smokers.

## 2 About the Summary Series – Lessons Learned from the TDRS.

This is one in a series of five summaries that present the lessons learned from the Tobacco Demand Reduction Strategy. Other topics include Youth, Aboriginal Peoples, Francophones and Prenatal and Postpartum Women. The summaries are intended to assist health professionals and policy makers in shaping future action on tobacco reduction. Each summary identifies key lessons that have been drawn from the work completed on the topic and profiles a few of the many community-based projects and local and national resources developed under the TDRS. Descriptions of these projects and resources appear throughout the summaries.

Codes such as "A4" and "W10" refer to complete references for TDRS resources which are listed at the end of the summary.

## 3 About the Tobacco Control Initiative.

The Tobacco Control Initiative (TCI), which was announced in November, 1996, is a $100 million commitment by the federal government over five years, beginning in 1997/98. The four key elements of this comprehensive strategy are legislation and regulations, enforcement, research, and public education.

Building upon the lessons learned and the results achieved under TDRS and other tobacco strategies, the Public Education Component of the TCI aims to improve the overall health and quality of life of Canadians, particularly young Canadians, through:

- the identification and dissemination of best practices;
- training and consultation to enhance the capacity of communities to deliver effective tobacco reduction programs; and
- building public concern about tobacco and the tobacco industry.

In partnership with the provinces, territories, health, community and youth-oriented organizations, the TCI will expand prevention, protection and cessation efforts which began under the TDRS.

**ACKNOWLEDGEMENTS**

Health Canada wishes to acknowledge Tammy Horne, WellQuest Consulting, and Mona Wynn, Cambium Consulting, for writing this Summary. Josie d'Avernas, RBJ Health Management Associates, Francine Deroche, Ontario Prevention Clearinghouse, Brenda Mitchell, Brenda Mitchell and Associates, and Miriam Stewart, Atlantic Health Promotion Research Centre for researching the original synthesis documents, and DesignCo for graphic design and layout.

Aussi disponible en français sous le titre : « Le tabagisme chez les femmes »

The opinions expressed in this document are those of the authors and do not necessarily reflect the official position of Health Canada.

Health Canada 1999 Cat. No. H39-464/1999E ISBN 0-662-27598-5

*Our mission is to help the people of Canada to maintain and improve their health.*
*– Health Canada*

## 4 About This Summary – Women and Tobacco.

At the outset of the TDRS, there was a lack of information about women's smoking behaviour and few gender specific approaches to helping women become and remain smoke free. The TDRS included several major research and public education activities to address these gaps. Synthesis work conducted throughout 1997 pulled together the conclusions and insight of all TDRS projects and activities related to women. The resulting lessons are organized into six major topics presented in this summary.

For additional copies, please contact

Publications Unit, Health Canada
Phone: 613-954-5995
Fax: 613-941-5366

Also available on the Internet at:
www.hc-sc.gc.ca/hppb/tobaccoreduction

# Lesson One: Gender differences in smoking behaviour.

**Young females (ages 13 or 14) are more likely to smoke than males the same age. More females than males in this age group are non-daily smokers.**

Among children aged 10 to 12 at the time of the 1994 *Youth Smoking Survey*, smoking prevalence was low – 2% for females and 3% for males (Y3).

Female smoking prevalence began to exceed male prevalence in the 13 to 14 year-old age group: 14% of females were current smokers, compared to 12% of males. This gender difference was due entirely to a higher prevalence of non-daily smoking among females – 9% vs. 7% for males.

**Age 15 to 17 is the age group where female smoking prevalence most exceeds male prevalence. More females than males in this age group are daily smokers.**

In the age group 15 to 17, 22% of females smoke, compared to 18% of males (Y3). This difference is due to a higher prevalence of daily smoking among females – 17% vs. 13% for males.

**At ages 18 or 19, gender differences in smoking prevalence are reversed as male smoking prevalence begins to exceed female prevalence.**

Among 18- and 19-year-olds, male smoking prevalence is higher than female smoking prevalence (31% vs. 27%), though prevalence for both males and females rise compared to the younger age groups.

## 4 Overall, females experiment with smoking at a younger age than males.

The period before age 15, especially ages 13 or 14, is a critical time for the adoption of smoking. Among 13- and 14-year-olds, 15% of females were "beginning smokers," compared with 9% of males. Among smokers who were aged 15 to 19 at the time of the *Youth Smoking Survey, 1994*, 29% of females had smoked their first cigarette by age 12. Among males, 29% had smoked their first cigarette by age 13. An additional 47% of females and 33% of males had tried smoking by age 15 (Y3). It should be noted that these data are subject to error in that they are based on recall of those aged 15 to 19 about when they first tried smoking. However, the general pattern reported by this age group is consistent with the pattern of a higher prevalence of experimentation among young females than young males. Focus group research (G1) has shown similar findings. The average age of first smoking experience was 12 or 13 for females and 14 years or older for males.

## 5 At all ages, male youth smoke more cigarettes per day than females the same age. For teens, the differences in daily smoking are greatest among 13- and 14-year-olds.

Among teens aged 13 and 14, females smoke 9.0 cigarettes per day on average, compared to 13.2 for males. This is a difference of about four cigarettes per day. This gender gap closes to about 2.5 cigarettes per day – 15.1 for males vs. 12.7 for females – among 18- and 19-year-olds (Y3).

The *Survey on Smoking in Canada* found that female smoking prevalence is less than male prevalence for all age groups 20 or over.

The *Survey of Smoking in Canada (SOSIC)* (S8) collected information on a sample of roughly 15,800 Canadians over the age of 15. The information was collected in four cycles that were three months apart. The survey measured levels and changes in cigarette smoking behaviour over the course of one year.

In its first cycle, the survey found that smoking prevalence for Canadians over age 15 was 29% for females and 32% for males. Male smoking prevalence rates were higher than female rates in all age groups with the exception of those aged 15 to 19 years, where 29% of young women smoked compared to 26% of young men.

The *Survey on Smoking in Canada* found regional and cultural variations in gender differences in smoking behaviour.

Information collected during the fourth *SOSIC (S8)* cycle found less gender discrepancy in smoking prevalence among Francophones (36% of males, 35% of females) compared to Anglophones (28% of males, 24% of females). Overall, Francophone smoking rates were higher than Anglophone rates (35% vs. 26%).

More women smoked in Quebec than in any other region and more of them smoked every day. British Columbia had the lowest smoking prevalence rate among women.

Gender differences in prevalence rates were most pronounced in Prince Edward Island where 49% of men and 29% of women over the age of 15 were smokers (Cycle 1).

Among all Canadian smokers aged 20 or over, males smoke more cigarettes per day than females.

Among adult smokers, gender differences in amount smoked per day are small for most age groups, except among those aged 45 to 64 (S8). For ages 20 to 24, males average 16.3 cigarettes per day; females 13.3. Similarly, for ages 25 to 44, males smoked an average of 17.1 cigarettes per day, compared to 14.6 for females. There was a larger difference in the amount smoked per day for ages 45 to 64. Males on average smoked 21.4 cigarettes per day, compared to 14.5 per day for females. For ages 65 and over, gender differences in amount smoked were small – 16.2 for males and 15.1 for females.

The number of cigarettes smoked per day declined among women (from 19 to 17) between 1981 and 1994 while it remained consistent at 21 cigarettes per day among men (S8).

More females than males quit smoking during the one-year time frame of the *Survey on Smoking in Canada*, particularly among 20 to 24 year-olds.

Among females who were smokers at Cycle 1 (spring 1994), 18% had quit smoking by Cycle 4 (winter 1995). Among males, 14% quit between Cycles 1 and 4.

The decline in female smoking was most evident in the 20 to 24 age group. In Cycle 1, 38% of females and 41% of males smoked. By Cycle 4, 31% of females and 37% of males in this age group were smoking, a decline of 7% and 4% respectively.

About half (54%) of all quitters, both men and women, cited present or future health concerns as their reasons for quitting. About 25% said that the cost of cigarettes was a factor (S8).

# Check
## YOUR FACTS!

Sometimes it pays to start over! The Halifax Regional Drug Prevention Network wanted to provide factual, up-to-date information on physical health risks, emotional health and ways of quitting for women who currently smoke (C5). Not satisfied with the number of sources cited and the contradictory figures presented in many of the existing pieces, the Network ambitiously chose to research and write their own information pieces.

The Network has produced a series of 15 women's health information sheets covering the relationship between smoking and breastfeeding, cervical cancer, menopause and osteoporosis, and weight control. The sheets also cover specific aspects of quitting smoking such as nicotine replacement therapy and coping with relapse. The sheets go to great lengths to incorporate the concept of harm reduction rather than taking a straightforward "quit or else" tone.

# Lesson Two: Why young women start smoking.

The most common reasons teenage girls give for why people their age start smoking are "their friends smoke (peer pressure)" and "curiosity/just try it."

The *Youth Smoking Survey, 1994* asked young people to indicate why they thought that young people started smoking. The above reasons were most commonly given by both females and males (Y3). The latter reason was given more often by females than males in the 10 to 14 age group.

Some teenage girls and young women start smoking to deal with stress and then maintain their smoking habit as a coping tool.

Some young women smoke to deal with gender-related stress (D1). Some research has shown that there is a relationship between stress and smoking initiation among teenage girls (A9, D1). Stress also contributes to the continuation of smoking, particularly for disadvantaged teens. Women who quit school or who are struggling academically are more likely to smoke (R4). Also, a qualitative study of university women showed that women found smoking a helpful strategy for dealing with stress in their lives (C1).

Some research has found that young females are more influenced by the smoking behaviour of family and friends than young males.

As with much previous research into smoking initiation, the *Youth Smoking Survey, 1994* (Y3) found that the smoking behaviour of family and friends were key influences on decisions to start smoking among youth. Some evidence suggests that family influences may be stronger for young women than for young men, particularly when mothers smoke (A9, G1, W2). The *Youth Smoking Survey, 1994* found that females are more likely than males to be current smokers if both parents smoke or if only the mother smokes. Males are more likely to smoke than females if only the father smokes (Y3). Also, sibling smoking has been found to be related to smoking onset for females only (G1).

In terms of friends' smoking, some researchers have suggested that the greater influence for females may be due to girls having smaller and more close-knit friendship groups than boys (W2). However, the evidence of gender differences in degree of peer influence on smoking is not conclusive. The *Youth Smoking Survey, 1994* found no gender differences in the relationship between number of friends who smoke and smoking behaviour (Y3).

Advertising, sponsorship and the popular media depict smoking as part of a positive and exciting lifestyle, and as a way to reconcile perceived contradictions of womanhood. Media literacy is essential for countering these pressures.

Tobacco advertising seems to equate beauty with thinness and implies that smoking "thin" or "light" cigarettes can help young women achieve this "ideal." Smoking is also portrayed as a way to relax, cope with stress, get time for oneself, and as a solution to any tensions between a young woman's desire for independence and control and her desire to be attractive (i.e. thin). The contradiction between personal control and the addictive nature of tobacco is ignored (D1, M1, R4, W1, W2).

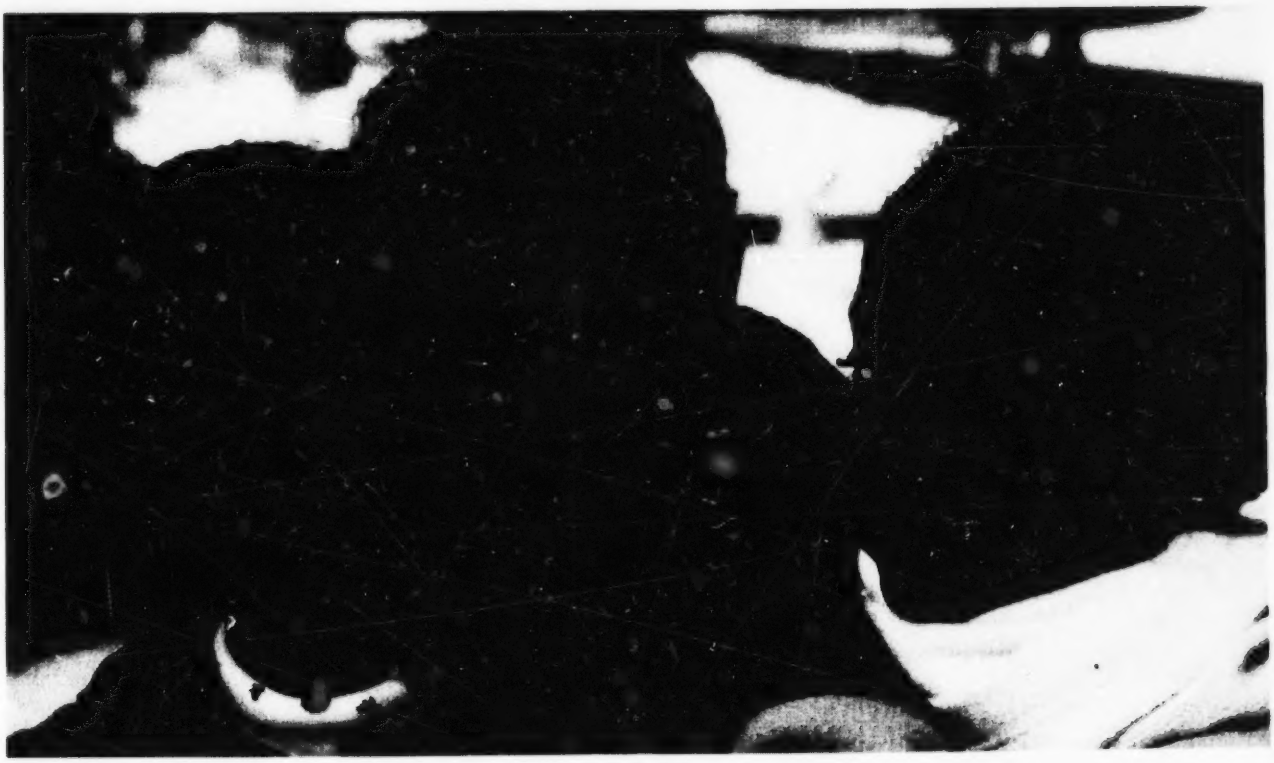
Although tobacco advertising in Canadian magazines has been restricted in recent years, young women who read American magazines continue to see tobacco advertising. Some tobacco sponsorship reaches females directly, such as sponsorship of women's sports, arts and fashion events (M1).

In the popular media, films show people using tobacco for both socializing and stress release, implying that tobacco use is appropriate in both positive and negative situations. Information about smoking as a health issue is rare in women's magazines, even though such magazines carry many other health articles (M1). As advertising revenue from tobacco companies increases, magazines' editorial coverage of the dangers

of smoking decreases (W2). Newspapers have covered health issues related to smoking. French-language newspapers take a smokers' rights position against the anti-tobacco lobby more often than English newspapers (M1).

**5 The role of weight control in smoking initiation is inconclusive. Weight concerns are more likely to influence continuation of smoking and concerns about quitting.**

Research findings regarding the relationship between smoking initiation and weight control concerns have been inconclusive. Some studies have suggested that such concerns may encourage smoking while others have found no relationship (C1, G1, W1, W2). Thinking about body weight, eating a lot, attempting to lose weight, and having eating disorder symptoms have been associated with smoking in teenage females but not teenage males (G1). However, this does not mean that such concerns cause women to start smoking. Also, young women are reluctant to acknowledge that they smoke to control weight, and some only recognize that they have done this after they quit (C1).



# Lesson Three: Preventing tobacco use by young women.

Young women need positive alternatives to smoking as well as ways to develop a sense of control over their lives.

Awareness of health risks is not sufficient to prevent teens from smoking. Skill and confidence-building strategies and resources are also needed. For example, *Stop Smoking Before It Starts* (S6), an information kit for teachers, parents, organizations and peers working with teenage girls, builds awareness of smoking prevalence, health and social consequences of smoking and reasons why girls smoke. It also includes skill-building strategies to resist smoking, positive alternatives to smoking (e.g. physical activity, healthy eating and stress management) and ways to create supportive environments that encourage healthy lifestyles.

Physical activity may be a particularly attractive positive alternative to smoking. Physical activity can help young women manage stress, maintain a healthy weight, make social connections and achieve status (in the case of sports teams or clubs), and develop feelings of strength and power rather than passivity. Also, decreased physical activity and smoking initiation seem to be linked (A9, D1).

In addition to developing individual behaviour strategies for taking more control of one's life and health, it is important that girls and young women develop a critical analysis of gender issues (C7, G1). For example, if young women experiencing harassment learn to recognize that males use harassment as a form of power over females, they will be less likely to believe that harassment is their fault, and less likely to use smoking as a way of coping with the resulting negative feelings.

Peer discussions and connections to supportive adults and community groups, such as organizations that work with youth and/or women, may be particularly useful for skill building and increasing awareness of gender issues. Such connections can help teenage girls recognize that they are not alone in experiencing life stresses and pressures.

Media literacy helps girls and young women become more critical of tobacco company messages.

Being media literate is to understand the ways the mass media influence the perceptions, values and behaviours that affect health and well-being. Girls and young women who are media literate are in a position to take a critical view of messages that support and encourage smoking. The recently developed kit *Back Talk: Media Wise and Feeling Good* (B2) addresses media influences, body image and smoking.

**3** School-based prevention programs should start in elementary school, continue throughout secondary school, and be integrated with policies to discourage youth smoking.

Most school-based prevention programs use the social influences model as a foundation and are typically offered to students in Grades 6 to 8. The assumption behind the social influences approach is that peers, parents and media influence children and adolescents to use tobacco. If young people can perceive and resist those social influences toward tobacco use, they will be able to resist future pressures to smoke. Typical program components include personal consequences of tobacco use, decision making, problem solving, stress management and corrections of misconceptions about tobacco use prevalence. Extensive student participation (e.g. role playing) is used to develop skills and confidence to resist social pressure to use tobacco.

A national survey of prevention programs (S2) conducted just prior to the TDRS cited studies that concluded that prevention programs based on the social influences approach have had some success in reducing youth smoking rates, but the effects fade during the secondary school years and gaps exist in program content. Subsequent work conducted under the TDRS, most notably the development and dissemination of the prevention program *Improving the Odds* (I2), supplemented existing school-based prever.tion programs.

## Filling the Gaps
### IN SCHOOL-BASED PREVENTION PROGRAMS

*Improving the Odds* (I2) is unique among prevention programs because it has been designed to fit in with existing school-based programs, not duplicate or replace them. Covering topics such as the role of the tobacco industry, women and smoking, media awareness and trends in tobacco use, *Improving the Odds* supplements smoking prevention resources in Grades 5 to 8. The complete resource has been designed for teachers, volunteers and in-class health educators, and includes two options for training: a self-directed training module and a Workshop Facilitator's Guide. The resource also includes a CD-ROM for student use with information and interactive exercises.

Canadian Cancer Society
200 – 10 Alcorn Avenue
Toronto, ON M4B 3B1
Phone: 416-961-7223

**Policies can be implemented that make it more difficult to use smoking as a routine aspect of peer group socializing.**

School smoking restrictions are becoming more common (S5). These make smoking among peers less visible and limit opportunities to smoke as a social activity during school time, provided that restrictions cover school grounds as well as buildings and are consistently enforced. To the extent that teenage girls may be more influenced by peer smoking than boys, restricting opportunities for peers to smoke together during school hours may be an especially useful prevention strategy for young females. Policies that restrict smoking need to extend beyond the boundaries of schools, to other places where teenagers spend their free time, such as malls and recreational facilities.

School programs that are implemented in concert with community-wide environmental approaches are more effective than school programs alone (S2). Other policies that discourage smoking and make non-smoking a community norm (e.g. increased price through taxation, strict enforcement of sales to minors legislation, plain packaging of cigarettes, mass media messages, smoking restrictions in public places) are also important. Some research has shown that teenage girls may have easier access to tobacco than teenage boys in that they are more likely to be sold cigarettes than underage males (M4). Females are also more likely than males to purchase single cigarettes (Y3). Many tobacco control advocates have recommended tax increases on tobacco products to make them less affordable to young people.

It has been suggested that plain packaging may decrease smoking among teens by decreasing the linkages between brands and images (P10). This may make smoking less desirable as a way of asserting one's "image" within a peer group.

**5** Programming for certain priority groups of teenage girls needs to take cultural differences into account.

For instance, programs for Aboriginal girls need to recognize the spiritual and ceremonial uses of tobacco, high smoking rates in Aboriginal communities, lower tobacco prices on reserves, and preference for family and community involvement in programming. Prevention programs need to start very young as the age of smoking onset in Aboriginal communities is younger than in many other groups.

Programs for Francophone girls need to recognize that the French culture has been less questioning of smoking and emphasizes freedom of lifestyle choice over health issues. Thus, Francophone girls are exposed to a higher prevalence of smoking than in the general population. Also, French media are less critical of smoking than English media (M1).

Research and development carried out as part of the TDRS has led to an increase in the number of linguistically and culturally appropriate tobacco control programs.

# Lesson Four: Effective ways of helping women of all ages to quit smoking.

**TDRS research has raised awareness of how women's smoking behaviour occurs within a broader social context of gender inequality.**

Factors often associated with high smoking prevalence include unemployment, low income or service-sector jobs, lone-parent status, low levels of education, isolation and lack of social support, dual responsibilities of work and family, family violence, stress and low self-esteem. Women with multiple disadvantages and/or other addictions are more likely to smoke (H3). Woman-centred approaches to tobacco reduction recognize that individual "lifestyle" behaviours such as smoking occur in this broader social context (H3, W2). Though social disadvantage affects men's smoking as well, the specific experiences of disadvantage often differ by gender (e.g. women are more likely to be low-income single parents or informal care-givers). These differences and the different types of stresses they entail need to be recognized in programming.

**Feelings of confidence, control and self-worth play a large role for women in trying to quit smoking and succeeding in making a change.**

Though feelings of confidence, control and self-worth are important to anyone trying to quit smoking, such feelings may be especially important to women in disadvantaged circumstances who often feel a lack control over their lives and may view smoking as something that is within their control. Smoking may provide them with feelings of independence and choice. When women decide that they can gain more control over their life by quitting smoking, but are then unable to reach that goal, their failed cessation attempts can undermine feelings of control and self-esteem (H3). In order for women to change their smoking behaviour, they must feel confident that they can achieve success and feel in control.

Programs that allow for a range of goals, such as cutting back on the amount smoked, gaining the skills to be able to quit or quitting completely, and programs that tailor interventions to the circumstances of women, allow them to build feelings of confidence and self-worth as they experience success on their own terms. For example, the recent evaluation of *Catching Our Breath* (C7) in Winnipeg found that women felt confident and successful as they reduced the number of cigarettes they smoked per day, and that most women who reduced smoking during the course of the program wanted to continue to progress toward eventually quitting. The evaluation also found that the more confident women were about not smoking in a variety of situations, the fewer cigarettes they smoked per day.

There is some evidence that women perceive more barriers associated with quitting, anticipate more negative consequences of quitting and interpret their unsuccessful quit attempts more harshly than men (D1, W2). Also, women seem to metabolize nicotine more slowly than men, so equal amounts of nicotine result in a higher dose per body weight for women. This may be why women report more severe withdrawal symptoms. The more convinced women are of their addiction, the less confident they are in quitting. Some women are more likely than others to believe they are strongly addicted to nicotine (e.g. women with disabilities) (R2). However, there is little difference between women and men in actual quitting behaviour, though women are slightly more likely to seek help in quitting than men (W1). It is essential that the help women receive includes strategies to build confidence in making changes and to cope with withdrawal.

**3** Applying the Stages of Change model can increase the confidence and skills of women who are in the process of quitting smoking. Recognition of multiple definitions of success is an important part of woman-centred programming.

The Stages of Change model views smoking cessation as a process or series of steps rather than a single event when a smoker actually quits. The model identifies five stages of behaviour change as a smoker gets ready to quit: not thinking about quitting, thinking about and deciding to quit, getting ready to quit, quitting, and staying quit. The model acknowledges the frequency with which relapse can occur in any of the stages and that relapse needs to be seen as a natural occurrence that is to be expected when a smoker is trying to quit.

The Stages of Change model has many definitions of success within a program. For example, moving from one stage to another is a success, as is becoming more aware of individual reasons for and patterns of smoking, as is making a change in one's smoking behaviour.

Applying the Stages of Change model to smoking cessation programs precedes the TDRS. Some pre-TDRS woman-centred programs such as *Catching Our Breath* and *Stop Smoking for Women* have long recognized that quitting smoking is a process rather than an "all or none" event and have been accepting of differential program goals (cessation, reduction, learning). However, under the TDRS, existing programs were modified, updated and/or disseminated nationally (S7) and new programs were developed for specific populations of smokers (C2).

An important outcome of expanding the use of cessation programs based on the Stages of Change model is that it makes the programs more attractive to a broader range of smokers. Support is no longer just for smokers who feel ready to quit soon, it is also available for smokers who would just like to talk about smoking before making any decisions.

Allowing for multiple definitions of success according to each woman's degree of readiness or stage of change can foster a sense of success as women achieve goals that are realistic for them. Feelings of success along the way contribute to confidence and self-esteem.

**4** Knowledge of health risks is not enough to motivate women to quit smoking.

According to the *Survey on Smoking in Canada*, women of all ages were more likely than men to know the health risks of smoking, and young women (age 15–24) were most likely to say an occasional cigarette can be harmful (S8). Women also were more likely to think that displaying lists of toxic ingredients on cigarette packages would be effective in discouraging smoking (P10).

The survey (S8) also found that more women than men were in the first stage of change (not even thinking about quitting), 59% of women compared to 50% of men. At this stage, increasing awareness of the negative factors associated with smoking is critical to help women move from not thinking about quitting to considering it.

Most women were knowledgeable about health risks but did not see the need to quit unless they actually had a smoking-related disease – 31% of women said that getting a smoking-related illness or a potentially fatal disease would get them to quit (S8). Another 16% said that nothing would get them to quit. Being pregnant or having children was mentioned by 24% of 20- to 24-year-olds and 13% of 25- to 44-year-olds as reasons for quitting. Other TDRS research found that various ethnocultural groups and disadvantaged women felt that actual development of health problems would influence decisions to quit more than knowledge of health risks (C10, H3, R2). In other words, women were saying that certain physical conditions (illness, pregnancy) would have to *happen to them personally* to make them quit.

However, there are some inconsistencies in research findings on the effects of health risk knowledge on smoking behaviour. Though the national survey data (S8) found that knowledge alone did not motivate women to want to quit smoking, another study (H3) found that the more that disadvantaged women saw smoking as harmful to their health, the more likely they were to try to cut down. These findings suggest some degree of influence of health knowledge on behaviour change.

Information on the immediate effects of smoking may be more effective in motivating women to quit than long-term health risk information. This may be especially true for young women.

In some TDRS research (C1, H3, W1), women (especially young women) reported that immediate health effects are more motivating than long-term effects in getting women to quit smoking. Particularly important were aesthetic factors like odour (of breath and clothing) and discolouration of fingers. However, those who develop anti-tobacco messages must be careful not to reinforce the notion that females should be primarily concerned about their appearance and/or the approval of others.

One immediate effect of smoking that may concern many pregnant women is the effect of smoking on the fetus. Women often use pregnancy as a motivator to quit or reduce smoking (H3, W1). However, many women take up smoking again after the baby is born. This suggests that women may be changing their smoking habits to protect the fetus, rather than for their own benefit. It is important that a woman's health be viewed as an important issue in its own right, not only because a baby is involved (W2). Also, if a woman quits smoking for herself, whether for health or other reasons, it will be easier to maintain her success, which in the long run will be beneficial for both herself and her family.

While they recognize the risks, women perceive benefits from continuing to smoke, including stress management and weight control.

Some female smokers report benefits such as relaxation, stress reduction and weight control (H1, W1). In the *Survey on Smoking in Canada*, "to relax" was the most frequent reason given by women for resuming smoking after a quit attempt. Among women who reported high stress in their lives, 45% smoked, compared with 32% of women who reported very low stress levels (S8).

Some research has shown that women are more likely than men to use smoking to cope with stress and to relapse in stressful situations after a quit attempt (D1, W1). These stresses are often related to gender inequality, economic inequality, multiple roles and violence against women (D1, B3, W2). Both individual stress management

# Double

# Double

comprehensive approach to women's tobacco use includes preventing adolescent girls from starting to smoke and helping women to stop smoking. Health Canada has produced two resources to guide community organizations through both prevention and cessation efforts.

*Stop Smoking Before It Starts* (S6) is a thorough information source that introduces organizations to the issues surrounding prevention efforts. *Getting Smoke-Free* (G2) helps organizations wade through the many available cessation resources to decide what will work in their community.

Both resources include references to existing programs and a series of materials for women in their communities.

Health Canada
Website: www.hc-sc.gc.ca/hppb/tobaccoreduction

techniques and an analysis of external causes of stress in women's lives would be useful components of cessation programs for women.

Women with multiple disadvantages (especially poverty and unemployment) may see their cigarettes as one small "luxury" in their lives. Single women with young children sometimes view smoking as a way of getting time to relax (W2).

Women are more likely than men to believe they will gain weight after quitting (D1). In order to encourage women of all ages to quit smoking, it is essential to help women find other ways to achieve the perceived benefits of smoking. In the case of weight control, it is important to assist women to learn to critique popular images of female attractiveness and to accept their own bodies. Women also benefit from information on healthy eating and active living to help them to maintain healthy body weights.

Programs that are woman-centred (e.g *Catching Our Breath* (C7), *Stop Smoking* (S7) and the recently developed *Health in Perspective* (H1) for girls aged 10 to 15 years) already address stress and weight control. Other programs and resource materials could incorporate some of these issues by recognizing the benefits women perceive from smoking while encouraging critical analysis and positive alternatives.

# It Works
## AND YOU CAN
# Order It!

When a small group of community health centres in Ontario developed a group-based smoking cessation program for women in the early nineties, they had no idea how far it would go. *Stop Smoking: A Program for Women* (S7) takes a holistic approach to women's smoking, looking at all the life circumstances of individual women, and includes cutting down as a goal along with quitting completely.

Initially successful and widely adopted in Ontario, the TDRS provided funding for the project to be updated and evaluated. The evaluation found that the program helped 57% of French-speaking participants and 71% of English-speaking participants to reduce the number of cigarettes smoked at the quitting stage of the program. Another 26% of French-speaking participants and 14% of English-speaking participants quit altogether. Six months after the program had ended, 54% of English-speaking participants and 83% of the French-speaking participants had maintained the changes in their smoking behaviour. The program also increases participants' self-esteem, sense of personal control, and helps reduce stress levels.

Canadian Public Health Association
Health Resources Centre
400 – 1565 Carling Avenue
Ottawa, ON K1Z 8R1
Phone: 613-725-3769

Adult education principles are more likely to be seen as acceptable and relevant by women than "top-down" advice.

Drawing out women's own beliefs and solutions is consistent with principles of personal empowerment and adult education. Messages to promote increased awareness of the negative consequences of smoking may be best achieved by asking women what they believe are the drawbacks of smoking. Asking women what they could do for themselves to improve their health would allow women to raise the issue of quitting smoking on their own, rather than having a health professional imposing the agenda. When smoking is addressed as part of routine service delivery rather than being singled out as an problem, advice about stopping may be more acceptable. Given the guilt many women feel about smoking (C1), there may be discomfort with anything that seems like "preaching" from professionals.

Messages encouraging women to quit smoking should not make women feel guilty or ashamed. Some TDRS projects found that fear-based messages may increase guilt, stress and smoking (B3, H3). "Shaming and blaming" strategies decrease self-esteem. Although some smokers may find negative messages motivating, positive messages might be more effective in reaching smokers more resistant to change, such as those who have not begun to seriously consider quitting smoking. These messages, combined with participatory adult education approaches, form a positive strategy for smoking reduction.

# Making Better

The Women's Health Clinic in Winnipeg received a lot of positive feedback about *Catching Our Breath*, its group cessation program for women. With TDRS funding, the Clinic adapted the program for two specific groups of women: women in the workplace and women who have difficulty accessing existing cessation programs due to barriers such as low literacy or poverty. The result, *Catching Our Breath* (C7), offers an effective woman-centred approach which is accessible and relevant to a wide range of women.

The project also provides a good example of a program evaluation that recognizes the limitations of measuring only cessation rates. *Catching Our Breath* is effective in raising participants' awareness of their reasons for smoking, increasing their commitment to quitting, and increasing their confidence in not smoking in a variety of challenging situations. Most participants reduced the amount they smoked and fewer women were smoking daily. Cessation was more common among workplace groups than community groups.

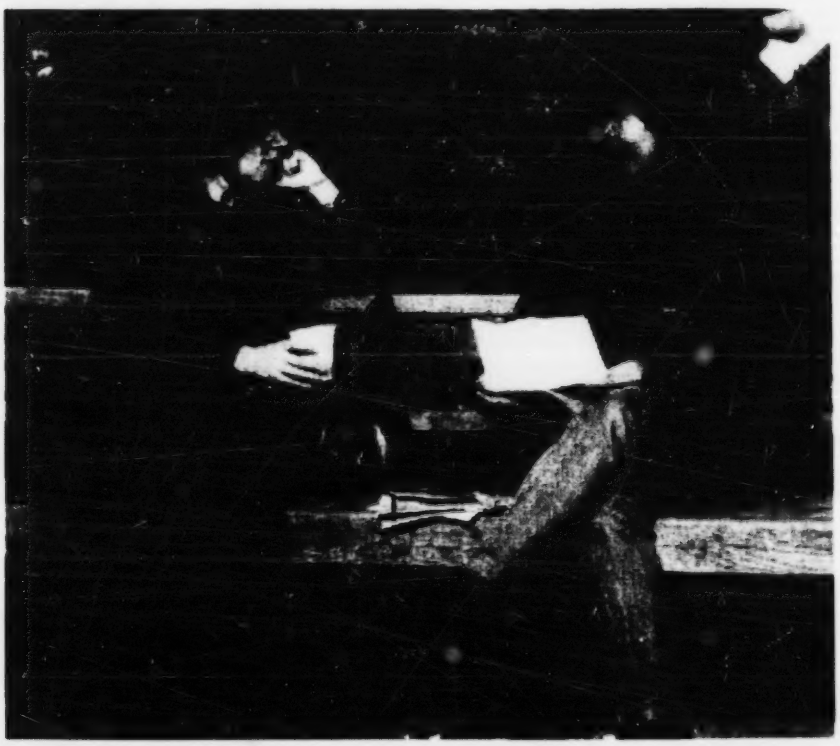
The Women's Health Clinic
3rd Floor, 419 Graham Avenue
Winnipeg, MN R3C 0M3
Phone: 204-947-1517

**8** Social support is important to women who are trying to quit smoking.

Women appear to prefer a greater degree of social support when quitting than men (H3, R2, R4, W1, W2). This support can take a number of forms. Some women join group-based cessation programs. Group programs led by peers with previous smoking experience may be especially valuable. Such groups allow women to benefit from others' experiences, share support and practical solutions and build support networks.

Not all women wish to join group programs. Some prefer individual assistance from a health professional. However, advice from health professionals can be a barrier to cessation if it is insensitive or judgmental. Some women quit on their own but desire the support of a partner, family and/or friends. For example, women most likely to quit smoking are those with a non-smoking partner (H3).

Support for women also entails making both group programs and individualized assistance accessible. Accessibility means addressing financial, situational, physical, educational (e.g. literacy) and emotional barriers.



**9** Most young female smokers (14 or under) have tried to quit in the past and have the smoking-related characteristics that facilitate cessation. Cessation support needs to be available for smokers in this age group.

Non-daily smokers and those who smoke fewer cigarettes per day are more likely to quit for longer periods of time. As young females (14 or under) are more often non-daily (occasional) smokers and smoke fewer cigarettes per day, habitual smoking behaviour patterns and physical addiction to nicotine may be less entrenched. Also, the younger the smoker, the greater the interest in quitting. Most smokers try to quit within two years of their first cigarette. A higher percentage of 10- to 14-year-old females (88%) have tried to quit than males (79%) the same age (Y3). Therefore, smoking cessation interventions, such as *Quit 4 Life* (Q1), should be offered at a young age.

### There are gaps in programming for certain priority groups of women.

There is little in terms of cessation programs or resources for teenage girls who have left school and/or home. Smoking is often the norm for these women. The recently prepared *Youth and Tobacco* summary has made a number of suggestions for programming for this group, including the integration of smoking reduction into broader programs serving priority teens (e.g. job training, outreach, parenting programs, residential youth programs), flexibility regarding attendance, emphasis on immediate effects of smoking, focus on multiple health behaviours and presence of non-smoking environments. As well, prevention needs to begin during the early school years before teens may drop out of school.

Cultural sensitivity is important in programming for Aboriginal, Francophone and ethnocultural groups. Aboriginal women and Francophone women have higher rates of smoking than the population of Canadian women as a whole, and there is more acceptance of smoking within their communities. They may experience more pressure to continue to smoke and less support for quitting.

Women from ethnocultural groups who have recently immigrated to Canada generally have lower than average smoking rates than other women. Those women who do smoke often face severe disapproval within their own cultural circles.

Women living in rural communities are often not well served by cessation/reduction programs (R8). Social isolation, economic uncertainty (and associated stresses), as well as a belief in handling one's problems privately or at home, are issues that need to be considered in developing relevant programs for rural women. Program providers need to involve rural women in all aspects

of programming and be sensitive to community norms in order to make sure programs are relevant. There may be potential to reach more women through distance education techniques (e.g. Internet, teleconferencing). However, many disadvantaged women will not have access to these, and there is the risk that such technologies will be seen as tools of "outside experts" supplanting local resource persons who may have more credibility in the community.

## The Real MEANING OF PARTICIPATION

We've all heard it said that the most meaningful and effective programs are developed by the people who use them. The Crabtree Corner YWCA Women and Tobacco Pilot Project (C8) in Vancouver can teach us about meaningful participation. Through patient and consistent word-of-mouth recruitment, the project coordinator recruited 10 women to form a steering committee to learn about and conduct action research so that they could develop a program to reduce women's tobacco use. Eventually, the women on the steering committee became the facilitators of a group program that was modelled on their own experience in learning about tobacco.

Was the approach successful? The 10 women on the steering committee all quit or substantially reduced their smoking and all of them made their homes smoke free. The program they developed ran at full capacity for the duration of the project and had a waiting list at all times. While the program itself is not documented, the evaluation report describes the process of conducting participatory action research and includes a tool developed by the project coordinator to help the steering committee overcome its hesitancy to move from research to program planning.

## What A DIFFERENCE A DRIVE Makes

We've all seen the statistics that say the majority of smokers quit "on their own." Does this mean that group programs are not useful? Absolutely not! Several TDRS projects in Ontario used *Stop Smoking: A Program for Women* (S7) to offer group cessation and reduction support to women in their communities. These groups were well attended and, in some cases, even had a waiting list.

What made the difference? These projects went to great lengths to make it possible for women to attend by providing transportation – taxi fare, bus fare or personal rides – and child care either on-site or in the women's homes. The lesson? Many lower income women are prevented from attending cessation groups by financial and situational barriers. Programs that try to overcome some of these external barriers are appreciated and well attended by women.

# Lesson Five: How tobacco-related policy issues affect women.

**1** Women are more likely than men to be employed in workplaces where there are few smoking restrictions.

Small firms and service sector workplaces (e.g. food and beverage, hairdressing, child care), where women are more likely to be employed, are less likely to have smoking policies than larger workplaces (W3). Also, women in low status jobs with little control over decision making are more likely to be smokers.

As well, non-smoking women are often exposed to environmental tobacco smoke (ETS) in their place of work (W2). Restaurants and bars have particularly high concentrations of ETS. Women who are in low-status positions within their workplaces may have difficulty advocating for smoking restrictions within their workplaces (W2).

However, in the total population of employed women (across all workplace sectors, large and small), half experience smoking restrictions where they work, compared with only one third of men (S8). When workplace smoking is restricted, the desire to smoke and actual amount smoked declines, and women become more interested in cessation (H3, R4, W1).

**2** Tobacco control policies need to incorporate a gender analysis.

Although woman-centred approaches have been incorporated primarily into programming at this point (with varying degrees of emphasis), the approach also needs to be considered during policy formulation.

For example, the need to study the impact of tobacco tax increases on both the smoking behaviour and economic well-being of women living on low incomes has been raised by some researchers. One major TDRS study showed that even when they had little money, women continued to spend money on cigarettes (H3). This has implications for tobacco taxation policies designed to reduce smoking (especially among youth) by making it more costly. On the other hand, some women use higher cost as an incentive to quit or reduce smoking (R4, W1). There is no consensus at this point on how best to balance prevention of smoking onset through higher prices with financial hardship to low-income smokers (W2).

As previously mentioned, prevention approaches for youth need to be comprehensive and to include policy as well as program-based initiatives. There has been some research into gender differences in policy impacts. For example, young females appear to have an easier time buying cigarettes under age than young males. With tax increases, females seem to be affected more in terms of the amount smoked and males more in terms of smoking prevalence. However, research into gender differences in policy impacts is still scarce and is primarily descriptive.

**3** Almost 40% of the population live in homes where one or more people smoke. More women smoke in the home than men. Innovative, non-judgmental strategies to promote smoke-free homes can reduce non-smokers' exposure to ETS.

Women are more likely to smoke in the home than men (60% of women who smoke vs. 48% of men who smoke) (S8). This has implications for ETS exposure and influences teen smoking behaviour (especially for girls). The challenge will be to encourage smoke-free homes without inducing guilt among smoking mothers, many of whom may be smoking to cope with various life circumstances.

Through the TDRS, some educational materials have been developed to encourage smoke-free homes. One well-known example developed in Ontario is *Take It Outside* (T1). Programs that promote smoke-free homes provide strategies for smokers to separate their children and other non-smokers from ETS, without being judgmental about their smoking behaviour.

**4** Policies that affect women's health go beyond those that deal only with tobacco control.

A woman-centred approach to policy would also consider policies beyond those specific to tobacco, such as policies dealing with income support, equity, child care, violence, harassment and human rights. Given that some researchers have drawn links between smoking and women's social conditions (D1, H3, W2), policies in the realm of "social determinants of health" as well as tobacco-specific policies need to be analyzed for their potential impact on women. A recent paper on women and smoking cessation (W1) concluded that tobacco control policies (e.g. increased taxation) need to go hand-in-hand with other measures to support health, housing, employment and day care, and that impacts of such policies on women's social conditions should be tracked (e.g. any increased use of food banks by women following tobacco taxation increases.)

## Promoting Partnerships AND ACTION ON Women and Tobacco

Many health and community organizations are interested in taking some form of action on tobacco. *Bridging the Visions* (B4) provides these organizations with information and support so that they can join forces to maximize their efforts in helping women to live smoke-free lives.

*Bridging the Visions* provides information on taking a health determinants and woman-centred approach to health promotion activities intended to reduce tobacco use. It inspires organizations to put women and tobacco on their agenda and to work collaboratively with others in the process.

Canadian Cancer Society
10 Alcorn Avenue, Toronto, ON M4V 3B1
Phone: 416-961-7223
Website: www.cancer.ca/tobacco

## Closing the Gap FOR WOMEN WITH Disabilities

Until now, little attention has been paid to tobacco use by women with disabilities. Few cessation programs for women have taken accessibility issues (e.g. the type of materials used and the location of the program) into account. By developing *A Way Out: Women with Disabilities and Smoking* (A5), DAWN Canada has taken an important step toward closing the gap in cessation support for disabled women.

*A Way Out* was written by and for women with disabilities. It incorporates many of the insights and techniques of other reduction or cessation programs and applies them to real-life situations experienced by women with disabilities.

Publications Unit, Health Canada
Phone: 613-954-5995 Fax: 613-941-5366
Website: www.hc-sc.gc.ca/hppb/tobaccoreduction

# Lesson Six: Encouraging community action on women's tobacco use.

**1** There appears to be a growing awareness of the importance of a woman-centred approach to tobacco programming.

Some of the background papers prepared in the early stages of the TDRS (D1, H3, W2), as well as some pre-TDRS work, focused on a woman-centred approach to tobacco reduction. This approach draws from feminist as well as "mainstream" cognitive-behavioural approaches to programming and policy making, integrating effective individual change strategies with an analysis of the social context of many women's lives (e.g. low income, violence, discrimination, harassment, caregiving responsibilities).

A woman-centred approach views women as experts on their own lives, recognizes that individual "lifestyle" behaviours occur within a broader social context, addresses life stresses and barriers to change, allows for a range of successful outcomes (e.g. reduction as well as cessation, depending on women's present needs and goals), integrates tobacco reduction with other concerns in women's lives, and recognizes the importance many women place on social support (D1, H3, W2). A woman-centred approach recognizes barriers women experience in making changes and it addresses these barriers to ensure that programs are accessible to women (R2).

**2** Many community organizations that work with women are beginning to integrate tobacco cessation/reduction into their work.

A survey of women's organizations across Canada (B3) found that most were not aware of existing tobacco programs. TDRS resources such as *Bridging the Visions* and *Getting Smoke Free* (B4, G2) are now available to guide groups in taking action on women's tobacco reduction in organizations and communities. Organizations are becoming more aware of the links between smoking and other determinants of health, and of the potential for enhancing women's feelings of personal empowerment through smoking cessation or reduction. Tobacco control organizations and women's organizations are working together more than they were prior to the TDRS, and many community coalitions on tobacco and health were formed during the TDRS.

Women's organizations are uniquely positioned to assist women in changing their smoking behaviour. They reach many priority populations that traditional cessation providers do not reach effectively. They are well respected and accessible to women, and focus on issues of self-esteem and equality – issues that influence smoking. Tobacco issues can and have been integrated effectively into programs in women's shelters and prenatal, parenting and nutrition programs. Health professionals can reach women about smoking issues as part of routine health care.

**3** Efforts will be needed to ensure effective dissemination, sustainability and evaluation of woman-centred programs over time.

Though several initiatives developed during the TDRS have a woman-centred focus, there is an ongoing need for dissemination of effective programs and resources, and training for people who wish to implement them. Community development must lead to interventions (program and policy) that will more specifically influence attitudes and behaviours regarding tobacco use. Evaluations need to examine collective and interactive impacts of a number of initiatives on specific groups of women over time, rather than simply focus on individual programs.

## For more information ON TOBACCO CONTROL:

Health Canada's website: www.hc-sc.gc.ca/hppb/tobaccoreduction

Canadian Council for Tobacco Control's website: www.cctc.ca

Quit 4 Life website: www.quit4life.com

# TDRS
## DOCUMENT CODES

The TDRS, in association with a range of partners, produced hundreds of reports, resources and papers. This section provides a brief description of each resource referenced in the summary. Information for finding out more about the project or ordering a resource is included, when available. Other items may be borrowed through interlibrary loan from the Departmental Library, Dept. of Helath Canada. Please contact your public or institutional library to make arrangements for any such loans.The majority of the projects were conducted under the TDRS. Documents from projects that were initiated prior to the TDRS are denoted by an asterisk (*).

A5 A Way Out: Women with Disabilities and Smoking. 1997, English and French.

Resource consists of a self-help workbook for disabled women who want to stop smoking. The quitting process described is based on the five Stages of Change model. Available in hard copy, computer diskette, audiotape and Braille.

Publications Unit, Health Canada
Phone: 613-954-5995 Fax: 613-941-5366
Website: www.hc-sc.gc.ca/hppb/tobaccoreduction

A9 A Literature Review on Tobacco Sponsorship. 1996, English.

An overview of the types of sponsorship activities engaged in by the tobacco industry; international and Canadian legislation to control sponsorship and the lessons learned on an international basis; tobacco industry responses to advertising bans; and non-legislative policies, programs and approaches to limiting sponsorship.

B2 Back Talk: Media Wise and Feeling Good. 1996, English and French.

A kit designed to teach young women aged 12 to 15 years how the media and advertising may influence beliefs and behaviour about self-image and tobacco use and affect a woman's health. The kit consists of three resources, including a guide, a set of fact sheets and a book of activity sheets.

Website: www.hc-sc.gc.ca/hppb/tobaccoreduction

B3 Breathing Space: A Needs Assessment and Feasibility Study for a National Women and Tobacco Project. No date, English and French.

Needs assessment report based on interviews with six women in each of nine regions. Recommends ways of integrating tobacco into existing programs and the tools needed.

Website: www.hc-sc.gc.ca/hppb/tobaccoreduction

B4 Bridging the Visions: A Guide to Shared Action About Women and Tobacco. 1996, English and French.

A guide for community organizations that want to form partnerships with other organizations to take action on tobacco reduction. Addresses women's groups that may not have a specific focus on tobacco.

Canadian Cancer Society
10 Alcorn Avenue, Toronto, ON M4V 3B1
Phone: 416-961-7223
Website: www.cancer.ca/tobacco

C1 Cigarette Smoking and Young Women's Presentation of Self. 1996, English and French.

Research report, based on a literature review and in-depth interviews with 30 female university students, that examines the role and the impact of smoking behaviours in the self-presentation behaviours of young women. The study includes examples of cigarette package warning labels that address presentation-of-self issues.

Publications Unit, Health Canada
Phone: 613-954-5995 Fax: 613-941-5366
Website: www.hc-sc.gc.ca/hppb/tobaccoreduction

C2 Close Up: A Resource Package for Nurses Who Smoke or Have Recently Become Smoke-Free. 1996, English.

A self-help cessation guide for nurses who smoke that is based on the five Stages of Change model.

Manitoba Nursing Research Institute, Faculty of Nursing
University of Manitoba, Winnipeg, MB R3T 2N2
Phone: 204-474-9080 Fax: 204-275-5464
Website: www.umanitoba.ca/faculties/nursing/mnri/closeup

C5 Communities for Youth/Women and Tobacco. 1997 English.

The Drug Prevention Network conducted individual tobacco reduction projects with adolescent girls, women and seniors. Each project used a different approach, including developing a support program, offering cessation programs and writing fact sheets. A final evaluation report was written.

C7 Catching Our Breath. 1997, English.

An updated version of a two-part smoking cessation and reduction resource for low-income women, adapted to be appropriate for women in the workplace. Includes a group facilitator's guide and a change journal for participants.

The Women's Health Clinic
419 Graham Avenue, 3rd Floor, Winnipeg, MB R3C 0M3
Phone: 204-947-1517

C8 Crabtree Corner Women and Tobacco Pilot Project. 1997, English.

A women's centre developed a smoking reduction program in partnership with the women who used the centre's services. The program provided education workshops, peer support and access to resources. An evaluation report was prepared.

C10 Cultural Factors in Tobacco Use Among Ethnic Groups in Canada. 1996, English.

Focus groups and a telephone survey were conducted with specific immigrant linguistic and cultural groups to identify the need for anti-smoking programs for immigrants. The research showed changes in smoking behaviours around the time of immigrating to Canada and that new arrivals are less likely to be aware of the effects of smoking and ETS.

D1 Delivering Gender Sensitive Tobacco Reduction Programs: Issues and Approaches. 1995, English.

A resource book to enhance knowledge of the unique needs and approaches for the development and delivery of effective tobacco prevention and cessation programs and resources for diverse groups of women. Includes examples of health initiatives that have taken a gender-sensitive approach.

G1 Gender Differences in Smoking Uptake and Tobacco Use Among Adolescents. No date, English and French.

A literature review of gender differences in the predictors of smoking acquisition by adolescents, plus a focus group study consisting of 12 groups and 112 participants was conducted to gain a better understanding of the role gender plays in the acquisition of smoking among adolescents.

G2 Getting Smoke Free. No date, English and French.

A resource book for community organizations containing information on facts and programs related to smoking reduction and cessation for women. Provides resource materials both for service providers and their clients.

Website: www.hc-sc.gc.ca/hppb/tobaccoreduction

H1 Health in Perspective (HIP). 1996, English and French.

A peer-led program that teaches smoke-free lifestyle skills to adolescent girls in health, recreational and active living settings. Materials include a Facilitator's Guide and a Peer Leader's Guide.

Canadian Intramural Recreation Association
212B – 1600 James Naismith Drive, Ottawa, ON K1B 5N4
Phone: 613-748-5639 Fax: 613-742-5467

H3 High Priority Women Project. 1995, English.

A comprehensive needs assessment with priority women and agencies outside traditional tobacco control organizations. The purpose of the project was to assess the nature and extent of the tobacco problem within the priority groups in order to provide smoking reduction and cessation support through existing or new programs and resources. A series of reports were developed from the study.

I2 Improving the Odds. 1996, English and French.

A resource designed to supplement school-based smoking prevention programs for Grades 5 to 8. Topics covered include the role of the tobacco industry, media awareness, and women and smoking. Materials include an Educator's Resource Guide, a Workshop Facilitator's Guide and a CD-ROM for student use.

Canadian Cancer Society
200–10 Alcorn Avenue, Toronto, ON M4B 3B1
Phone: 416-961-7223 Fax: 416-961-5189

M1 Mixed Messages: Women, Tobacco and the Media. 1996, English and French.

A research project on the presentation of smoking and tobacco use and the portrayal of girls and women in four media – women's magazines, newspapers, films and television – in English and French Canada.

Publications Unit, Health Canada
Phone: 613-954-5995 Fax: 613-941-5366

M4 Measurement of Retailer Compliance with Respect to Tobacco Sales to Minors Legislation. 1996, English and French.

Study of the extent to which various tobacco retailers are in compliance with legislation that restricts tobacco sales to minors and limits tobacco advertising.

Website: www.hc-sc.gc.ca/ehp/ehd/tobacco/research/index.htm

P10 Public Attitudes Toward Toxic Constituent Labelling on Cigarette Packages. 1996, English.

Describes the results of a qualitative study consisting of 18 focus groups. Discusses labelling of tobacco products, smokers' awareness of health risks from smoking and the effects of ETS, sources of information of the effects of smoking, and awareness of toxic constituents in cigarettes.

Website: www.hc-sc.gc.ca/ehp/ehd/tobacco/research/index.htm

Q1 Quit 4 Life.* 1993, 1995, 1996, English and French.

Self-help or group format cessation resource for adolescents. Resources include CD format kit for teens and Facilitator's Guide for group format. Additional support is available from the Quit 4 Life website.

Publications Unit, Health Canada
Phone: 613-954-5995 Fax: 613-941-5366
Website: www.quit4life.com

R2 Relief... At What Cost? Women with Disabilities and Substance Use/Misuse. 1996, English.

Summary document of a needs assessment report on the issues related to the use of tobacco, alcohol and other drugs by women with disabilities. Twelve focus groups were held across Canada. An extensive report, *Lessons from the Research*, was produced.

R4 Research in the Areas of Social Sciences and Health Dealing with High Priority Adolescent Women. 1995, English and French.

Summarizes the literature concerning cigarette smoking among adolescent women aged 14 to 19 years who have left high school before graduation and are no longer living with their family. Identifies existing smoking prevention and cessation programs for the target group and describes key components of a prevention and cessation strategy that could reach high priority adolescent women.

R8 Rural Women and Substance Use Problems. 1996, English and French.

Research report to identify key components of effective tobacco, alcohol and other drugs prevention and treatment programs for women in rural communities. Includes a literature review, results of key informant interviews and a description of effective programs and resources.

S2 School Smoking Prevention Programs: A National Survey.* 1994, Reprinted 1996. English and French.

Examines the extent to which smoking prevention programs are offered in Canadian schools, assesses the extent to which efficacy criteria are met by existing programs and identifies program gaps that need to be addressed.

Publications Unit, Health Canada
Phone: 613-954-5995 Fax: 613-941-5366

S5 Smoking Policies in Schools, Daycares, Health Care Institutions, and Commercial Settings. 1995, English and French.

A set of four summary fact sheets describing the extent to which various public settings have adopted policies that restrict smoking and identifying key issues surrounding the implementation of these policies. Summarizes the findings of larger survey.

Publications Unit, Health Canada
Phone: 613-954-5995 Fax: 613-941-5366

S6 Stop Smoking Before It Starts. 1996, English and French.

An information kit for community groups consisting of eight modules for providers and supporting materials for adolescent girls.

Website: www.hc-sc.gc.ca/hppb/tobaccoreduction

S7 Stop Smoking: A Program for Women.* 1996, English and French.

An existing smoking reduction and cessation group support program for women was adapted to include the five Stages of Change model and evaluated with English and French groups across the country in order to extend the reach of the program. Available resources include a Facilitator's Guide, participant materials, a promotional video and evaluation report.

Canadian Public Health Association
1565 Carling Avenue, Suite 400, Ottawa, ON K1Z 8R1
Phone: 613-725-3769 Fax: 613-725-9826

S8 Survey of Smoking in Canada, Cycles 1–4. 1995, English and French.

Modified longitudinal national survey that collected information on roughly 15,800 Canadians 15 years of age and older at four intervals during a one year time frame.

Publications Unit, Health Canada
Phone: 613-954-5995 Fax: 613-941-5366

T1 Take It Outside. 1996, English and French.

A media campaign to encourage physicians to be more active in promoting smoke-free spaces for children, increase media awareness, increase parental knowledge and motivate parents to have smoke-free homes. Campaign included print ads, transit ads for buses and TV spots.

Physicians for a Smoke-Free Canada
P.O. Box 4849, Station E, Ottawa, ON K1S 5J1
Phone: 613-233-4878 Fax: 613-567-2730
Website: www.smoke-free.ca

W1 Women and Smoking Cessation. 1996, English and French.

Literature review on cessation, secondary analysis of national survey data on smoking patterns, a report of five focus groups with a total of 25 women.

Publications Unit, Health Canada
Phone: 613-954-5995 Fax: 613-941-5366
Website: www.hc-sc.gc.ca/hppb/tobaccoreduction

W2 Women and Tobacco. A Framework for Action. 1995, English and French.

Summary document on tobacco control issues related to women prepared as background for a national meeting. The document includes an overview of research findings on women and tobacco, available programs and resources, public policy issues, social marketing strategies and information on age groups and high-priority groups.

Publications Unit, Health Canada
Phone: 613-954-5995 Fax: 613-941-5366

W3 Workplace Smoking: Trends, Issues and Strategies. 1996, English and French.

This paper reviews the current state of knowledge about the exposure of non-smokers to ETS in the workplace. The paper's main objective is to provide information and analysis for planning actions to further reduce ETS exposure in the workplace. Arguing that more concerted action in the workplace is essential, the paper discusses the factors that will both inhibit and facilitate achieving this goal.

Website: www.hc-sc.gc.ca/hppb/tobaccoreduction

Y3 Youth Smoking Survey, 1994 (Technical Report). 1996, English and French.

Research based on interviews with 23,761 youth aged 10 to 19 years. Results available on computer diskette, large print, audio cassette and Braille on request. Summary Fact Sheets also available.

Publications Unit, Health Canada
Phone: 613-954-5995 Fax: 613-941-5366

Website: www.hc-sc.gc.ca/ehp/ehd/tobacco/research/index.htm

# Le tabagisme chez les femmes

En 1996, environ trois Canadiennes sur dix (29 %) fumaient sur une base quotidienne ou de façon occasionnelle. Le taux de prévalence du tabagisme est plus élevé chez les Québécoises (38 %), les jeunes femmes âgées de 20 à 24 ans (38 %) et les jeunes femmes à faible revenu (47 %)[1]. Le taux de prévalence global n'a guère changé depuis 1991.

L'usage du tabac chez les femmes a des conséquences dévastatrices. Le tabagisme est la principale cause évitable de décès prématuré chez les Canadiennes. Le cancer du poumon, la cardiopathie ischémique, l'accident cérébrovasculaire et la bronchopneumopathie chronique obstructive sont les principales causes de décès associées au tabagisme. La consommation de tabac réduit de plus de cinq ans l'espérance de vie des fumeuses canadiennes âgées de 35 ans[2].

Lorsque le gouvernement fédéral a lancé la Stratégie de réduction de la demande de tabac au début de 1994, il était clair que le dossier du tabagisme chez les femmes constituait une priorité. Subséquemment, un certain nombre de projets ont été entrepris en vue d'améliorer notre compréhension du problème et de multiplier les mesures concrètes visant à réduire le tabagisme chez les femmes.

## A l'intérieur : PRINCIPALES LEÇONS


**4** Différences entre les hommes et les femmes quant aux habitudes tabagiques.

**8** Pourquoi les jeunes femmes commencent à fumer.

**10** Prévention du tabagisme chez les jeunes femmes.

**14** Bonnes façons d'aider les femmes de tous les âges à cesser de fumer.

**24** Influence des politiques liées au tabac sur les femmes.

**26** Encourager l'action communautaire pour lutter contre l'usage du tabac chez les femmes.


[1] Santé Canada. *Enquête sur le tabagisme au Canada, Cycle 1*, août 1994, nº 7, Profil des femmes.
[2] Pope, M., M.J. Ashley et R. Ferrence *Tobacco and Women's Health*. mars 1997.

# Contexte : Information sur le contrôle du tabac au Canada et le présent document.

## 1 Au sujet de la Stratégie de réduction de la demande de tabac.

En février 1994, le gouvernement fédéral lançait la Stratégie de réduction de la demande de tabac (SRDT), un programme de trois ans visant à combattre l'usage du tabac au Canada. La SRDT s'inscrivait dans la continuité du travail et des orientations de la Stratégie nationale de lutte contre le tabagisme (SNLT), mise sur pied en 1987. En accord avec la SNLT, les trois objectifs de la SRDT étaient les suivants :

- aider les non-fumeurs à le demeurer ;
- encourager et aider ceux qui veulent cesser de fumer à le faire ;
- protéger la santé et les droits des non-fumeurs.

## 2 Au sujet de la série de résumés – leçons tirées de la SRDT.

Le texte que voici fait partie d'une série de cinq résumés qui mettent en évidence des leçons tirées de la SRDT. Les autres thèmes abordés sont les jeunes, les Autochtones, les francophones et les femmes enceintes ou venant d'accoucher. Ces résumés visent à aider les professionnels de la santé et les décideurs à mettre au point les futures interventions en matière de réduction du tabagisme. Chaque résumé recense les principales leçons qui ont été tirées du travail accompli sur le sujet en question et trace le profil de quelques-uns des nombreux projets communautaires et ressources locales et nationales élaborés dans le cadre de la SRDT. Ces projets et ressources sont décrits tout au long des résumés. Les codes, comme « A4 » et « W10 », qui apparaissent çà et là dans les résumés, renvoient à la liste complète des ressources donnée à la fin de chacun d'eux.

## 3 À propos de l'Initiative de lutte contre le tabagisme.

L'Initiative de lutte contre le tabagisme a été annoncé en novembre 1996 et représente un engagement fédéral de 100 millions de dollars sur cinq ans, débutant en 1997/98. Cette vaste stratégie comporte quatre volets principaux : loi et règlements, application de la loi, recherche et éducation du public.

S'appuyant sur les leçons tirées et les résultats obtenus dans le cadre de la Stratégie de réduction de la demande de tabac et des autres stratégies antitabac, le volet éducation du public de l'Initiative vise à améliorer la santé et la qualité de vie en général des Canadiens et des Canadiennes, en particulier les jeunes, par :

- la définition et la communication des meilleures pratiques ;
- la formation et la consultation, afin que les communautés soient plus aptes à offri de bons programmes de réduction du tabagisme ;
- la sensibilisation du public aux méfaits du tabac et à l'industrie du tabac.

En partenariat avec les provinces, les territoires, les organismes de la santé, les groupe communautaires et les organismes de service à la jeunesse, l'Initiative intensifiera les efforts de prévention, de protection et d'abandon du tabac amorcés dans le cadre de la Stratégie de réduction de la demande de tabac.

**REMERCIEMENTS**

Santé Canada tient à remercier Tammy Horne, de WellQuest Consulting, et Mona Wynn, de Cambium Consulting, pour la rédaction du résumé ; Josie D'Avernas, de RBJ Health Management Associates, Francine Deroche, du Centre ontarien d'information en prévention, Brenda Mitchell, de Brenda Mitchell et associées, et Miriam Stewart, de Atlantic Health Promotion Research Centre pour la recherche et la rédaction des documents de synthèse originaux ; de même que DesignCo pour la conception graphique et la présentation du résumé.

Also available in English as "Women and Tobacco".

Les opinions exprimées dans ce document sont celles des auteurs et ne reflètent pas nécessairement la position officielle de Santé Canada.

© Santé Canada 1999 Cat. No. H39-464/1999F ISBN 0-662-83515-8

*Notre mission est d'aider les Canadiens et les Canadiennes à maintenir et à améliorer leur état de santé.*
*– Santé Canada*

## 4 Au sujet du présent résumé – Le tabagisme chez les femmes.

Lorsque la SRDT a été mise en œuvre, il y avait peu d'information sur le tabagisme chez les femmes et peu de méthodes conçues pour aider plus particulièrement les femmes à renoncer au tabac et à éviter les rechutes. La SRDT comportait plusieurs importantes activités de recherche et d'éducation du public visant à combler ces lacunes. Tout au cours de 1997, on a travaillé à faire la synthèse des conclusions et idées se dégageant de tous les projets et activités de la SRDT axés sur les femmes. Les leçons tirées sont résumées et regroupées sous six grands thèmes qui constituent la base de ce bulletin.

**Pour obtenir d'autres exemplaires, veuillez communiquer avec :**

Publications, Santé Canada
Téléphone : (613) 954-5995
Télécopieur : (613) 941-5366

Également accessible sur Internet à
www.hc-sc.gc.ca/hppb/reduction-tabagisme

# **Première leçon :** Différences entre les hommes et les femmes quant aux habitudes tabagiques.

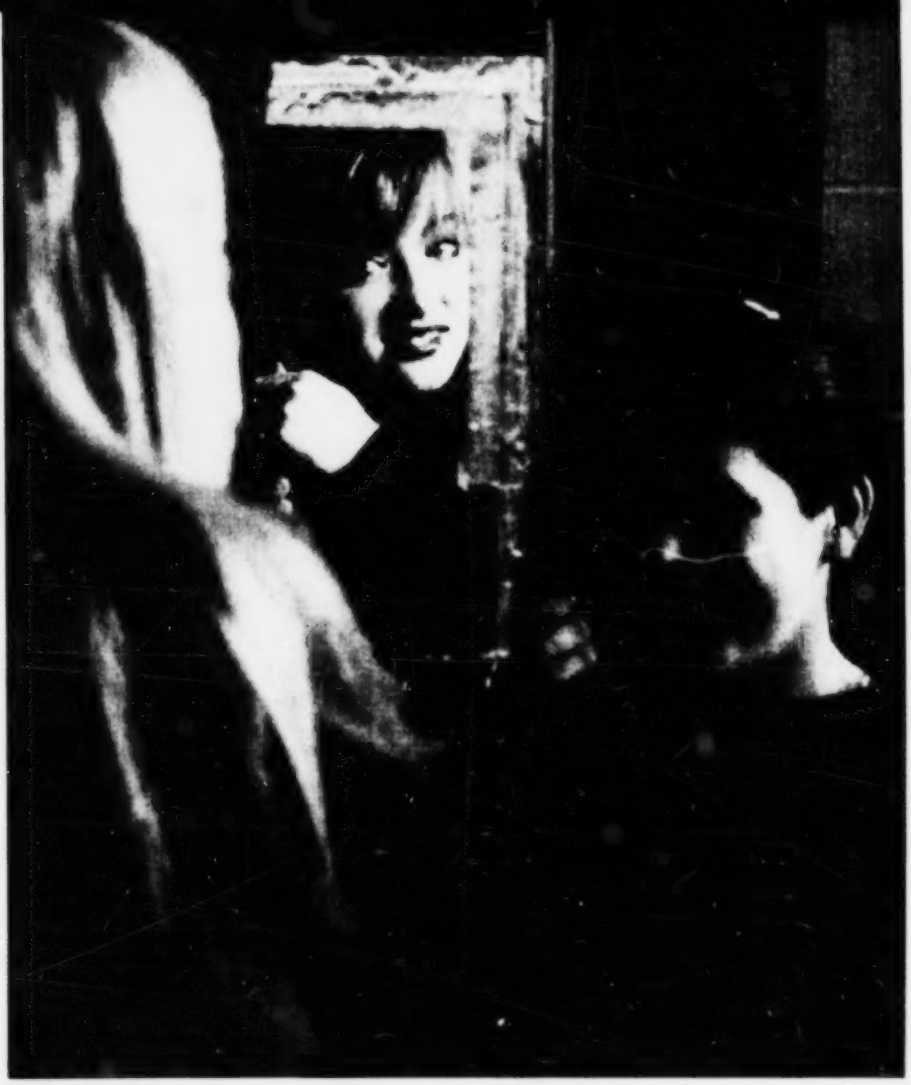
**Les jeunes filles (âgées de 13 et 14 ans) ont plus tendance à fumer que les garçons du même âge. Dans ce groupe d'âge, les filles sont plus nombreuses que les garçons à fumer de façon occasionnelle.**

Chez les enfants qui avaient entre 10 et 12 ans à la date à laquelle l'*Enquête de 1994 sur l'usage du tabac chez les jeunes* (Y3) a été menée, le taux de prévalence du tabac était faible, soit de 2 % chez les filles et de 3 % chez les garçons.

Le taux de prévalence chez les femmes a commencé à dépasser celui enregistré chez les hommes dans le groupe d'âge 13–14 ans : 14 % des femmes étaient des fumeuses actuelles, comparativement à 12 % des hommes. Cette différence entre les sexes s'explique uniquement par le taux de prévalence plus élevé de la consommation non quotidienne de tabac chez les femmes – 9 % comparativement à 7 % chez les hommes.

**Le groupe des 15 à 17 ans est celui où le taux de prévalence du tabagisme chez les femmes dépasse de la façon la plus significative celui enregistré chez les hommes. De plus, les femmes sont plus nombreuses que les hommes à fumer tous les jours dans ce groupe d'âge.**

Dans le groupe des 15 à 17 ans, 22 % des femmes fument, comparativement à 18 % des hommes (Y3). Cette différence est due à un taux de prévalence plus élevé de la consommation quotidienne de tabac chez les femmes – 17 % comparativement à 13 % chez les hommes.



**3 Chez les jeunes âgés de 18 et 19 ans, les différences entre les hommes et les femmes quant au taux de prévalence du tabagisme sont inversées, le taux de prévalence chez les hommes commençant à dépasser celui enregistré chez les femmes.**

En effet, dans ce groupe d'âge, le taux de prévalence du tabagisme chez les hommes est supérieur à celui enregistré chez les femmes (31 % comparativement à 27 %), bien que la prévalence chez les hommes comme chez les femmes augmente par rapport aux groupes plus jeunes.

**4 Dans l'ensemble, les filles commencent à fumer à un âge plus jeune que les garçons.**

La période précédant l'âge de 15 ans, en particulier les âges de 13 et 14 ans, est critique pour l'adoption de l'habitude de fumer. Chez les jeunes âgés de 13 et 14 ans, 15 % des filles avaient commencé à fumer, comparativement à 9 % des garçons. Chez les fumeurs qui avaient entre 15 et 19 ans à la date de l'*Enquête de 1994 sur l'usage du tabac chez les jeunes* (Y3), 29 % des filles avaient fumé leur première cigarette à l'âge de 12 ans, et 29 % des garçons, à l'âge de 13 ans. Un autre 47 % des filles et 33 % des garçons avaient fumé leur première cigarette à l'âge de 15 ans. Il faudrait souligner que ces données doivent être interprétées avec réserve puisqu'elles sont basées sur le souvenir qu'ont gardé les personnes interrogées de la date de leur première expérience de la cigarette. Cependant, la tendance générale indiquée par ce groupe d'âge correspond à la tendance qui dénote une prévalence plus élevée de l'expérimentation du tabac chez les jeunes femmes. L'étude *Différences entre les adolescents et les adolescentes quant aux motifs qui les incitent à fumer et à l'usage qu'ils font du tabac* menée auprès d'un groupe échantillon (G1) a présenté des conclusions semblables. L'âge moyen auquel les jeunes ont fumé leur première cigarette était de 12 ou 13 ans dans le cas des filles et de 14 ans ou plus dans le cas des garçons (G1).

**5 À tous les âges, les jeunes hommes fument un plus grand nombre de cigarettes par jour que les jeunes femmes. Chez les adolescents, les différences entre les sexes quant à la consommation quotidienne de tabac sont les plus marquées dans le groupe des 13–14 ans.**

Chez les adolescents âgés de 13 et 14 ans, les filles fument 9 cigarettes par jour en moyenne, comparativement à 13,2 pour les garçons, ce qui représente une différence d'environ quatre cigarettes par jour. Chez les jeunes âgés de 18 et 19 ans (Y3), cette différence entre les sexes est d'environ 2,5 cigarettes par jour, les hommes fumant 15,1 cigarettes par jour, et les femmes, 12,7.

**6 Selon la dernière *Enquête sur le tabagisme au Canada*, le taux de prévalence du tabagisme chez les femmes était inférieur à celui enregistré chez les hommes pour tous les groupes d'âge supérieurs à 20 ans.**

*L'Enquête sur le tabagisme au Canada* (S8) a permis de recueillir des renseignements sur un échantillon d'environ 15 800 Canadiens de plus de 15 ans. Ces renseignements ont été recueillis au cours de quatre cycles séparés par des intervalles de trois mois. L'enquête a permis d'évaluer les taux de tabagisme et les changements dans la consommation de tabac au cours d'une année.

Au premier cycle de l'enquête, les taux de prévalence du tabagisme chez les Canadiens de plus de 15 ans étaient de 29 % chez les femmes et de 32 % chez les hommes. Les taux de prévalence du tabagisme chez les hommes étaient supérieurs aux taux enregistrés chez les femmes dans tous les groupes d'âge sauf le groupe des 15 à 19 ans, où 29 % des jeunes femmes fumaient comparativement à 26 % des jeunes hommes.

**7 *L'Enquête sur le tabagisme au Canada* a révélé des différences dans les taux de tabagisme chez les hommes et chez les femmes selon la région et la culture.**

D'après les renseignements recueillis durant le quatrième cycle de l'enquête (S8), les différences dans les taux de tabagisme selon le sexe étaient moins marquées chez les francophones (36 % chez les hommes et 35 % chez les femmes) que chez les anglophones (28 % chez les hommes et 24 % chez les femmes). Dans l'ensemble, les taux de tabagisme étaient plus élevés chez les francophones que chez les anglophones (35 % comparativement à 26 %).

Les femmes étaient plus nombreuses à fumer au Québec que dans toute autre région, et elles y sont aussi plus nombreuses à fumer quotidiennement. C'est la Colombie-Britannique qui enregistrait le taux de prévalence le plus faible pour ce qui est du tabagisme chez les femmes.

Les différences dans les taux de prévalence selon le sexe étaient les plus marquées à l'Île-du-Prince-Édouard, où 49 % des hommes et 29 % des femmes de plus de 15 ans sont fumeurs (cycle 1).

**8 Chez les Canadiens de 20 ans et plus, les hommes fument un plus grand nombre de cigarettes par jour que les femmes.**

Chez les fumeurs adultes, les différences entre les sexes quant au nombre de cigarettes fumées par jour sont minimes pour la plupart des groupes d'âge, sauf celui des 45–64 ans. Dans le groupe des 20 à 24 ans, les hommes fumaient en moyenne 16,3 cigarettes par jour, et les femmes, 13,3. Dans le groupe des 25 à 44 ans, les hommes fumaient en moyenne 17,1 cigarettes par jour, et les femmes, 14,6. On a constaté des différences plus marquées dans le nombre de cigarettes fumées par jour dans le groupe des 45 à 64 ans. Les hommes fumaient en moyenne 21,4 cigarettes par jour, comparativement à 14,5 pour les femmes. Dans le groupe des 65 ans et plus, les différences selon le sexe quant au nombre de cigarettes fumées étaient mineures, les hommes fumant 16,2 cigarettes par jour, et les femmes, 15,1 (S8).

Le nombre de cigarettes fumées par jour a baissé chez les femmes (de 19 à 17) entre 1981 et 1994, tandis qu'il est demeuré le même, soit 21, chez les hommes (S8).

**9 Les femmes sont plus nombreuses que les hommes à avoir cessé de fumer durant *l'Enquête sur le tabagisme au Canada*, particulièrement dans le groupe des 20 à 24 ans.**

Parmi les femmes qui étaient fumeuses au cycle 1 (printemps 1994), 18 % avaient cessé de fumer au cycle 4 (hiver 1995). Parmi les hommes, 14 % avaient cessé de fumer entre les cycles 1 et 4.

La baisse du taux de tabagisme chez les femmes était la plus marquée dans le groupe des 20 à 24 ans. Au cycle 1, 38 % des femmes et 41 % des hommes fumaient. Au cycle 4, 31 % des femmes et 37 % des hommes de ce groupe d'âge fumaient, ce qui représente une baisse de 7 % et de 4 % respectivement pour ce groupe d'âge.

Environ la moitié (54 %) des personnes qui avaient cessé de fumer, tant chez les hommes que chez les femmes, ont cité des problèmes de santé actuels ou éventuels pour expliquer leur décision de cesser de fumer. Environ 25 % ont indiqué que le prix des cigarettes avait influé sur leur décision.

# Vérifier
## LES FAITS!

Parfois, il est payant de repartir à zéro! Le Halifax Regional Drug Prevention Network (C5) souhaitait fournir aux femmes qui fument de l'information concrète et à jour sur les risques pour la santé physique, la santé affective et les façons de cesser de fumer. Déçu du fait que bien des documents existants ne citaient guère leurs sources et fournissaient des chiffres contradictoires, le réseau, ne manquant pas d'ambition, a choisi de faire ses propres recherches et de rédiger ses propres documents d'information.

Le réseau a produit une série de 15 feuillets d'information, *Women's Health*, portant sur les liens entre le tabac et l'allaitement maternel, le cancer du col de l'utérus, la ménopause et l'ostéoporose, ainsi que le contrôle du poids. Ces feuillets traitent également d'aspects particuliers de l'abandon de la cigarette, tels que les thérapies de remplacement de la nicotine et les façons de faire face aux rechutes. Leurs auteurs se sont donné beaucoup de mal pour mettre en valeur le concept de la réduction des méfaits plutôt que de préconiser de façon intransigeante un renoncement complet.

# Deuxième leçon : Pourquoi les jeunes femmes commencent à fumer.

**1 Parmi les raisons les plus souvent citées par les adolescentes pour expliquer pourquoi les jeunes de leur âge commencent à fumer, mentionnons le désir d'imiter leurs amis (pression des pairs) et la curiosité (le simple fait d'essayer).**

Dans *l'Enquête de 1994 sur le tabagisme chez les jeunes*, on demandait aux répondants d'indiquer les raisons pour lesquelles les jeunes commençaient à fumer. Les raisons susmentionnées étaient celles qui étaient le plus couramment fournies, tant par les jeunes filles que par les jeunes garçons (Y3). La curiosité a été fournie comme raison plus souvent par les filles que par les garçons dans le groupe des 10–14 ans.

**2 Un certain nombre d'adolescentes et de jeunes femmes commencent à fumer pour composer avec le stress, puis elles gardent cette habitude comme outil d'adaptation.**

Un certain nombre de jeunes femmes fument pour composer avec le stress auquel les femmes sont typiquement exposées (D1). Des études ont démontré l'existence d'un li n entre le stress et l'initiation au tabagisme chez les adolescentes (A9, D1). Le stress contribue également à maintenir l'habitude de fumer, en particulier chez les adolescentes défavorisées. Les femmes qui abandonnent leurs études ou qui ont de la difficulté à réussir à l'école ont davantage tendance à fumer (R4). De plus, une étude qualitative effectuée auprès d'étudiantes d'université a révélé que les femmes considéraient le tabac comme un moyen efficace de composer avec le stress de la vie quotidienne (C1).

**3 Des recherches ont révélé que les jeunes femmes sont plus influencées que les jeunes hommes par les habitudes de fumer de leur famille et de leurs amis.**

Comme beaucoup d'études antérieures sur l'initiation au tabagisme, *l'Enquête de 1994 sur le tabagisme chez les jeunes* a révélé que l'habitude de fumer des membres de la famille et des amis exerçait une influence majeure sur la décision des jeunes de commencer à fumer. Certaines preuves tendent à démontrer que l'influence de la famille peut être plus grande pour les jeunes filles que pour les jeunes hommes, en particulier si la mère fume (A9, G1, W2). *L'Enquête de 1994 sur le tabagisme chez les jeunes* a révélé que les femmes sont plus susceptibles que les hommes d'être des fumeurs actuels si les deux parents fument ou si la mère seulement fume. Les hommes ont plus tendance à fumer que les femmes si seul leur père fume (Y3). De plus, l'usage du tabac par les frères et sœurs n'inciterait que les femmes à commencer à fumer (G1).

Quant à l'influence exercée par les amis qui fument, elle serait plus grande dans le cas des jeunes filles, d'après certains chercheurs, du fait que ces dernières ont des cercles d'amies plus restreints et plus unis (W2). Cependant, les preuves quant au degré d'influence exercé par les pairs selon le sexe ne sont pas concluantes. *L'Enquête de 1994 sur l'usage du tabac chez les jeunes* n'a révélé aucune différence selon le sexe quant au lien entre le nombre d'amis fumeurs et la propension à fumer (Y3).

**4 La publicité, la commandite et les médias populaires présentent le tabagisme comme faisant partie d'un style de vie positif et excitant, et comme un moyen de concilier les contradictions perçues dans la vie d'une femme. Il est essentiel d'être sensibilisé aux tactiques des médias pour résister à ces pressions.**

La publicité concernant le tabac semble associer la beauté à la minceur et laisse croire aux femmes qu'en fumant des cigarettes légères ou minces, elles pourraient mieux atteindre cet idéal. Le tabac leur est également présenté comme un moyen de se détendre, de composer avec le stress ou de se réserver quelques moments bien à elles, et comme un moyen de soulager les tensions associées aux contradictions entre leur désir d'indépendance et de maîtrise et leur désir d'être attirantes (c.-à-d. minces). Évidemment, la contradiction entre la maîtrise personnelle et la dépendance qu'engendre le tabac est passée sous silence (D1, M1, R4, W1, W2).

Bien que la publicité sur le tabac dans les revues canadiennes ait été assujettie à certaines restrictions au cours des dernières années, les jeunes femmes qui lisent des revues américaines continuent d'être exposées à la publicité sur le tabac. Certains fabricants de tabac rejoignent les femmes par la commandite d'activités sportives, artistiques et de mode (M1).

Dans les médias populaires, les films montrent des personnes qui fument tant dans le contexte de rencontres sociales que dans des circonstances stressantes, laissant ainsi

croire que l'usage du tabac est tout aussi approprié dans les situations positives que dans les situations négatives. L'information concernant les effets du tabagisme sur la santé est rare dans les revues destinées aux femmes, même si ces revues contiennent un grand nombre d'autres articles sur la santé (M1). Plus les recettes publicitaires provenant des fabricants de produits du tabac augmentent, moins les dangers liés à l'usage du tabac sont mentionnés dans la partie rédactionnelle de la revue (W2). Les effets du tabagisme sur la santé ont été traités dans les journaux. La presse française semble pour sa part défendre plus souvent que la presse anglaise les droits des fumeurs contre le lobby antitabac (M1).

**5 Les liens entre le contrôle du poids et l'initiation au tabagisme ne sont pas prouvés. Les préoccupations à cet égard sont plus susceptibles d'inciter les femmes à continuer de fumer et à hésiter à renoncer au tabac.**

Les résultats de recherches concernant le lien entre l'initiation au tabagisme et les problèmes de poids ne sont pas concluants. Certaines études indiquent que ces problèmes peuvent encourager à fumer et d'autres n'ont révélé aucun lien (C1, G1, W1, W2). Les préoccupations au sujet de son poids, la suralimentation, les régimes d'amaigrissement et les troubles de l'alimentation ont été associés au tabagisme chez les adolescentes, mais non chez les adolescents (G1). Il ne faut cependant pas conclure que ces facteurs incitent nécessairement les femmes à commencer à fumer. De plus, les jeunes femmes hésitent à reconnaître qu'elles fument pour contrôler leur poids, et certaines ne l'admettent qu'après avoir cessé de fumer (C1).

# **Troisième leçon :** Prévention du tabagisme chez les jeunes femmes.

**1 Les jeunes femmes ont besoin de solutions de rechange positives au tabagisme, de même que de moyens d'apprendre à maîtriser leur vie.**

La sensibilisation aux risques du tabagisme pour la santé ne suffit pas pour empêcher les adolescentes de fumer. Celles-ci doivent acquérir des compétences et une confiance en soi. Une trousse d'information produite récemment, *Pour éteindre le désir d'allumer* (S6), est une ressource pour les collectivités qui offrent des programmes et des activités à l'intention des jeunes filles. La trousse fournit des renseignements sur la prévalence du tabagisme, ses conséquences sociales et ses effets sur la santé, et les raisons qui incitent les jeunes filles à fumer. Elle propose également des moyens de résister au tabagisme, des solutions de rechange positives (p. ex. l'activité physique, une alimentation saine et la gestion du stress) et des moyens de créer un milieu propice à l'adoption d'un style de vie sain.

L'activité physique peut se révéler une solution de rechange particulièrement intéressante. Elle peut effectivement aider les jeunes femmes à gérer leur stress, à maintenir un poids-santé, à créer des liens et à acquérir un statut (dans des équipes ou clubs sportifs), ainsi qu'à développer des sentiments de force et de puissance plutôt que de passivité. Il semble d'ailleurs y avoir un lien entre la diminution de l'activité physique et l'initiation au tabagisme (A9, D1).

Il est important que les adolescentes et les jeunes femmes, en plus d'adopter des stratégies de comportement individuelles leur permettant d'exercer un meilleur contrôle sur leur vie et leur santé, développent un sens critique face à la dynamique entre les sexes. Par exemple, si les jeunes femmes qui font l'objet de harcèlement prennent conscience que les hommes cherchent, par ce moyen, à exercer un pouvoir sur les femmes, elles auront moins tendance à se culpabiliser pour le harcèlement qu'elles subissent et seront moins susceptibles de recourir au tabagisme pour composer avec les sentiments négatifs que suscite ce genre de comportement.

Les discussions entre pairs et les relations avec des adultes et des groupes communautaires capables d'offrir un soutien (comme les organisations qui interviennent auprès des jeunes ou des femmes) peuvent être particulièrement efficaces pour aider les femmes à acquérir des compétences et à prendre davantage conscience de la dynamique entre les sexes. Ces relations peuvent aider les adolescentes à comprendre qu'elles ne sont pas seules à subir du stress et des pressions.

**2 La sensibilisation aux tactiques des médias aide les filles et les jeunes femmes à développer un sens critique face aux messages des fabricants de produits de tabac.**

Être sensibilisé aux tactiques des médias, c'est comprendre l'effet des messages médiatiques sur les perceptions, les valeurs et les comportements qui influent sur la santé et le bien-être. Les filles et les jeunes femmes qui connaissent les tactiques des médias sont en mesure de critiquer les messages qui appuient et encouragent le tabagisme. La trousse créée récemment, *Réagis face aux médias et sois-en fière* (B2), porte sur l'influence des médias, l'image corporelle et le tabagisme.

**3 Il faudrait dispenser des programmes scolaires de prévention au niveau primaire, les poursuivre au niveau secondaire et les intégrer aux politiques visant à décourager le tabagisme chez les jeunes.**

La plupart des programmes scolaires de prévention sont basés sur le modèle des influences sociales et sont généralement offerts aux élèves de la 6e à la 8e année. Cette approche repose sur l'hypothèse que les pairs, les parents et les médias incitent les enfants et les adolescents à faire usage du tabac. Si les jeunes sont conscients de ces influences sociales et parviennent à y résister, ils seront en mesure de résister aux pressions qui seront exercées sur eux à l'avenir pour qu'ils fument. Les programmes comprennent généralement les volets suivants : conséquences personnelles du tabagisme, prise de décisions, résolution de problèmes, gestion du stress et rectification des idées fausses quant à la prévalence de l'usage du tabac. La participation active des élèves (p. ex. jeux de rôle) permet à ces derniers d'acquérir les compétences et la confiance nécessaires pour résister aux pressions sociales pro-tabac.

Une enquête nationale sur les programmes de prévention (S2) effectuée peu avant la mise en oeuvre de la SRDT a révélé que bien que les programmes de prévention axés sur les influences sociales aient permis dans une certaine mesure, de réduire les taux de tabagisme chez les jeunes, les effets s'estompent au niveau secondaire, et les programmes comportent des lacunes (S2). Des initiatives menées ultérieurement dans le cadre de la SRDT, notamment l'élaboration et la diffusion du programme de prévention intitulé *Maximiser l'impact* (I2), ont complété les programmes scolaires actuels axés sur la prévention.

**4 On peut appliquer des politiques rendant difficile le tabagisme en tant que pratique courante dans le cadre des rapports sociaux avec les pairs.**

Les restrictions relatives à l'usage du tabac dans les écoles sont de plus en plus courantes (S5). Ces restrictions font en sorte de rendre l'usage du tabac en groupe moins visible et de réduire les occasions de fumer « socialement » durant les heures de classe, pourvu qu'elles visent tant les bâtiments que le terrain de l'école et qu'elles soient appliquées rigoureusement. Dans la mesure où les adolescentes sont plus influencées que les garçons par les habitudes de fumer de leurs pairs, comme l'indiquent certaines études, la réduction des occasions de fumer en groupe durant les heures de classe peut être une stratégie de prévention particulièrement utile pour elles. Les politiques interdisant l'usage du tabac ne doivent pas s'appliquer exclusivement à l'école, mais également à tous les endroits où les adolescents passent leurs temps libres, comme les centres commerciaux et les centres de loisirs.

Les programmes scolaires qui sont mis en œuvre dans le cadre de stratégies environnementales communautaires sont plus efficaces que les programmes scolaires à eux seuls (S2). Les autres politiques qui détournent du tabagisme et font du non-usage du tabac une norme communautaire (p. ex. augmentation des taxes sur les produits du tabac, application rigoureuse de la législation régissant la vente de ces produits aux mineurs, emballage discret des paquets de cigarettes, publicité, interdiction de fumer dans les endroits publics) sont également utiles. Des recherches ont révélé que les adolescentes peuvent se procurer du tabac plus facilement que les adolescents, en ce sens que l'on vend plus facilement du tabac aux filles qu'aux garçons mineurs (M4). Les filles ont en outre plus tendance que les garçons à acheter des cigarettes à l'unité (Y3). Un grand nombre d'intervenants de la lutte antitabac ont recommandé une augmentation des taxes sur les produits du tabac afin de rendre ces produits moins abordables pour les jeunes.

Des chercheurs ont avancé qu'un emballage discret peut réduire le tabagisme chez les adolescents, du fait qu'ils n'associeraient plus les marques à des images (P10). Cette mesure pourrait réduire l'intérêt de fumer pour l'image que l'on peut projeter parmi ses pairs.

**5 Les programmes à l'intention de certains groupes prioritaires d'adolescentes doivent tenir compte des différences culturelles.**

Par exemple, les programmes à l'intention des Autochtones doivent tenir compte de l'usage du tabac dans le cadre de la spiritualité et des rituels, des taux de tabagisme élevés dans les collectivités autochtones, du prix inférieur du tabac dans les réserves, et du fait que l'on préfère que la famille et la collectivité participent aux programmes. Il faut commencer à offrir des programmes de prévention aux filles lorsqu'elles sont en bas âge, étant donné que dans les collectivités autochtones, on commence à fumer plus tôt que dans beaucoup d'autres groupes.

Les programmes à l'intention des francophones doivent tenir compte de la plus grande tolérance des francophones à l'égard du tabagisme et du fait qu'ils accordent plus d'importance au libre choix du style de vie qu'aux questions de santé. Ainsi, le taux de prévalence du tabagisme est susceptible d'être plus élevé chez les filles francophones que dans la population en général. De plus, les médias francophones ont moin tendance que les médias anglophones à condamner le tabagisme (M1).

Les activités de recherche et de développement menées dans le cadre de la SRDT ont contribué à faire augmenter le nombre de programmes de lutte contre le tabagisme spécifiquement conçus à l'intention de différentes communautés culturelles et linguistiques.

# Combler les lacunes
## DES PROGRAMMES DE PRÉVENTION à l'école

*Maximiser l'impact* (I2) est un programme de prévention unique en ce qu'il a été élaboré pour s'intégrer aux programmes scolaires existants, et non pour faire double emploi avec eux ou les remplacer. Ce programme aborde plusieurs grands thèmes comme le rôle de l'industrie du tabac, le tabagisme chez les femmes, la sensibilisation aux médias et les tendances dans la consommation de tabac, et il vient compléter les ressources en matière de prévention du tabagisme offertes aux élèves de la 5e à la 8e année. La trousse a été conçue à l'intention des enseignants, des bénévoles et des éducateurs sanitaires intervenant en milieu scolaire et elle comprend un module d'auto apprentissage et un guide de l'animateur. Elle comprend également un CD-ROM contenant de l'information et des exercices interactifs à l'intention des élèves.

Société canadienne du cancer
Bureau 200 – 10, avenue Alcorn
Toronto (Ontario) M4B 3B1
Tél. : 416-961-7223

# Quatrième leçon : Bonnes façons d'aider les femmes de tous les âges à cesser de fumer.

**1 Des recherches liées à la SRDT ont mis au jour le fait que les comportements tabagiques des femmes s'inscrivent dans le contexte social plus vaste de l'inégalité des sexes.**

Les facteurs souvent associés à une forte prévalence du tabagisme sont notamment le chômage, un faible revenu ou un emploi dans le secteur des services, la monoparentalité, le manque d'instruction, l'isolement et le manque de soutien social, le cumul de responsabilités professionnelles et familiales, ainsi que la violence familiale, le stress et une faible estime de soi. Les femmes qui sont défavorisées à plusieurs égards ou qui abusent déjà d'autres substances sont plus susceptibles de fumer (H3). Les stratégies de réduction du tabagisme axées sur les femmes tiennent compte du fait que les habitudes de vie personnelles telles que le tabagisme s'inscrivent dans ce contexte social plus vaste (H3, W2). Bien que les désavantages sociaux influent aussi sur le comportement tabagique des hommes, l'expérience de ces désavantages diffère souvent d'un sexe à l'autre (p. ex. les femmes sont plus souvent des mères seules à faible revenu ou des dispensatrices de soins non officielles). Ces distinctions ainsi que les différences dans les types de stress qu'elles occasionnent doivent être prises en considération dans l'élaboration de programmes.

**2 Les sentiments de confiance, de maîtrise et d'estime de soi jouent un grand rôle à la fois dans les tentatives qui sont faites pour cesser de fumer et dans le succès des changements.**

Les sentiments de confiance, de maîtrise et d'estime de soi sont importants pour quiconque veut cesser de fumer, mais ils peuvent être particulièrement importants pour les femmes défavorisées qui n'ont souvent pas de contrôle sur leur propre vie. Ces femmes peuvent avoir l'impression que la cigarette est une chose qu'elles contrôlent. Le fait de fumer peut leur donner un sentiment d'indépendance et de choix. Lorsque les femmes décident qu'elles peuvent s'assurer une meilleure maîtrise de leur vie en cessant de fumer, mais n'y parviennent pas, leurs échecs peuvent influer négativement sur leurs sentiments de maîtrise et d'estime de soi (H3). Pour parvenir à modifier leurs habitudes tabagiques, les femmes doivent avoir confiance de pouvoir réussir et avoir le sentiment de contrôler la situation.

Les programmes qui prévoient un éventail d'objectifs, comme réduire le nombre de cigarettes fumées, acquérir les compétences nécessaires pour être en mesure de cesser de fumer ou cesser carrément de fumer, et les programmes qui adaptent les interventions à des stades de changement particuliers donnent aux femmes une plus grande confiance et une meilleure estime de soi au fur et à mesure qu'elles réalisent des progrès à leur propre rythme. Par exemple, la récente évaluation de *Catching Our Breath* (C7) à Winnipeg a révélé que les femmes se sentaient confiantes et gagnantes lorsqu'elles réduisaient leur consommation quotidienne de cigarettes et que la plupart de celles qui réduisaient leur consommation pendant la durée du programme souhaitaient progresser vers un renoncement complet. Cette évaluation a aussi révélé que, plus les femmes se sentaient confiantes de ne pas fumer dans diverses situations, moins elles fumaient de cigarettes par jour.

Il existe certaines preuves que les femmes qui veulent cesser de fumer perçoivent plus d'obstacles, entrevoient plus de conséquences négatives et ressentent leurs échecs plus durement que les hommes (D1, W2). De plus, les femmes semblent métaboliser la nicotine plus lentement que les hommes, de telle sorte que des quantités égales de nicotine équivalent à une dose par poids corporel plus élevée pour les femmes. C'est peut-être la raison pour laquelle les femmes se plaignent de symptômes de sevrage plus pénibles. Plus les femmes sont convaincues d'être accoutumées au tabac, moins elles ont confiance de pouvoir y renoncer. Certaines femmes ont plus tendance que d'autres à croire qu'elles sont fortement accoutumées à la nicotine (p. ex. les femmes handicapées, R2). Cependant, il existe peu de différence entre les femmes et les hommes pour ce qui est des démarches de renoncement comme telles, bien que les femmes soient légèrement plus susceptibles de chercher de l'aide

que les hommes (W1). Il est essentiel que l'aide offerte aux femmes inclue des stratégies visant à les rendre confiantes de pouvoir réaliser des changements et surmonter les problèmes de sevrage.

**3 L'application de la théorie des stades du changement peut améliorer la confiance et les compétences des femmes qui font des efforts pour cesser de fumer. La reconnaissance des définitions multiples de « réussite » est un facteur important dans l'élaboration de programmes axés sur les femmes.**

Selon la théorie des stades du changement, l'abandon du tabac est considéré comme un processus ou une série d'étapes à franchir plutôt qu'une action ponctuelle, radicale. Cette théorie prévoit cinq stades de changement de comportement franchis par le fumeur durant la période où il se prépare à cesser de fumer : il n'envisage pas de cesser de fumer ; il envisage de cesser de fumer ; il décide de cesser de fumer ; il se prépare à cesser de fumer ; il cesse de fumer ; il maintient son abstinence. La théorie reconnaît que le fumeur peut rechuter à n'importe quel stade, risque qui doit être considéré comme normal lorsqu'un fumeur essaie de cesser de fumer.

La théorie des stades du changement prévoit de nombreuses définitions de la réussite dans le cadre des programmes. Par exemple, la transition d'un stade à l'autre constitue pour le fumeur une réussite, tout comme le fait de devenir de plus en plus conscient des raisons qui l'incitent à fumer

## Le sens VÉRITABLE DE LA PARTICIPATION

Nous avons tous entendu dire que les programmes les plus valables et efficaces sont les programmes créés par les personnes qui les utilisent. Le *Women and Tobacco Pilot Project* du YWCA de Crabtree Corner (C8), à Vancouver, peut nous apprendre à tous certaines choses sur ce qu'est une participation fructueuse. Procédant avec patience et constance et s'en remettant au bouche à oreille, la coordonnatrice du projet a recruté 10 femmes pour constituer un comité directeur qui se renseignerait sur la recherche-action et en effectuerait, en vue de créer un programme visant à réduire le tabagisme chez les femmes. Avec le temps, les membres du comité directeur sont devenues facilitatrices d'un programme de groupe s'inspirant de la façon dont elles-mêmes avaient acquis des connaissances sur le tabac.

Cette approche a-t-elle donné de bons résultats ? Les 10 femmes membres du comité directeur ont toutes cessé de fumer ou réduit sensiblement leur consommation, et toutes ont banni la cigarette de leur maison. Le programme qu'elles ont mis au point a fonctionné à plein régime pendant toute la durée du projet, et il y avait en tout temps une liste d'attente. Bien que le programme lui-même n'ait pas été documenté, le rapport d'évaluation décrit le processus de la recherche-action participative et il inclut un outil mis au point par la coordonnatrice du projet pour aider le comité directeur à surmonter son hésitation à passer de l'étape de la recherche à celle de la planification de programme.

et de ses habitudes tabagiques, et le fait de changer ces habitudes.

La théorie des stades du changement était appliquée aux programmes de renoncement au tabac avant l'adoption de la SRDT. Certains programmes axés sur les femmes, comme *Catching Our Breath* et (C7) *Vers une vie sans fumer : un programme pour les femmes (S7)*, reconnaissent depuis longtemps que l'abandon du tabac est un processus et non une action radicale et prévoient différentes stratégies (renoncement, réduction, information). Cependant, dans le cadre de la SRDT, les programmes existants ont été modifiés, mis à jour ou diffusés à l'échelle nationale (S7), et de nouveaux programmes ont été élaborés à l'intention de populations de fumeurs particulières (C2).

L'un des résultats importants du recours accru aux programmes de renoncement au tabac basés sur la théorie des stades du changement a été de susciter davantage d'intérêt chez un plus grand nombre de fumeurs. Les programmes d'aide ne s'adressent plus exclusivement aux fumeurs qui se sentent prêts à cesser de fumer à brève échéance, mais également à ceux qui veulent discuter de la question avant de prendre une décision.

Le fait de définir la réussite de différentes manières, en fonction de la mesure dans laquelle chaque femme est prête à renoncer au tabac ou du stade du changement atteint, est de nature à donner confiance à la femme, étant donné qu'elle peut viser des buts qui sont réalistes pour elle-même. Des succès échelonnés au long du parcours aident à donner confiance aux participantes et à renforcer leur estime de soi.

**4 Le fait d'être au courant des risques pour la santé ne suffit pas pour motiver les femmes à cesser de fumer.**

D'après l'*Enquête sur le tabagisme au Canada*, les femmes de tout âge avaient plus tendance que les hommes à connaître les risques du tabac pour la santé, et les jeunes (de 15 à 24 ans) étaient les plus susceptibles d'affirmer qu'une cigarette à l'occasion peut être nuisible (S8). Les femmes avaient également plus tendance à penser que le fait d'imprimer la liste des ingrédients toxiques sur les paquets de cigarettes réussirait à dissuader les gens de fumer (P10).

L'enquête (S8) a également révélé qu'il y avait plus de femmes que d'hommes au premier stade du changement (ne même pas songer à cesser de fumer), soit 59 % des femmes contre 50 % des hommes. À ce stade, il est crucial de sensibiliser les femmes aux aspects négatifs du tabagisme pour les aider à passer du stade de la précontemplation au stade de la contemplation du changement.

La plupart des femmes étaient au courant des risques pour la santé, mais ne voyaient pas la nécessité de cesser de fumer si elles n'étaient pas atteintes d'une maladie liée au tabac. En tout, 31 % des femmes ont dit que le fait d'avoir une maladie liée au tabac ou une maladie potentiellement mortelle les inciterait à cesser de fumer (S8) ; 16 % ont dit que rien ne les ferait cesser de fumer. Le fait d'être enceinte ou d'avoir des enfants a été mentionné par 24 % des femmes de 20 à 24 ans et 13 % des femmes de 25 à 44 ans comme motif pouvant les inciter à cesser de fumer. D'autres recherche faites dans le cadre de la SRDT ont révélé qu'aux yeux de différents groupes ethnoculturels et de femmes défavorisées, l'apparition de problèmes de santé aurait plus d'influence sur leur décision d'abandonner le tabac que la connaissance des risques pour la santé (C10, H3, R2). Autrement dit, il faudrait que certains facteurs physiques (maladie, grossesse) se présentent dans la vie personnelle des femmes pour qu'elles cessent de fumer.

Cependant, il existe certaines contradictions dans les conclusions des recherches concernant les effets que peut avoir la connaissance des risques pour la santé sur les comportements tabagiques. Bien que l'enquête nationale (S8) ait révélé que la connaissance seule n'incitait pas les femmes à cesser de fumer, une autre étude (H3) a révélé que, plus les femmes défavorisées percevaient le tabac comme étant nuisible pour leur santé, plus elles étaient susceptibles d'essayer de réduire leur consommation. Ces conclusions laissent croire que la connaissance des risques pour la santé a une certaine influence sur les changements de comportement.

**5 L'information sur les effets immédiats du tabac peut inciter davantage les femmes à cesser de fumer que l'information sur les risques à long terme pour la santé. Ceci peut être particulièrement vrai dans le cas des jeunes femmes.**

Dans certaines recherches de la SRDT (C1, H3, W1), les femmes (particulièrement les plus jeunes) ont indiqué que les effets immédiats sur la santé sont plus susceptibles de les inciter à cesser de fumer que les effets à long terme. Les facteurs esthétiques comme l'odeur (de l'haleine et des vêtements) et la coloration des doigts étaient particulièrement importants. Cependant, ceux qui créent les messages antitabac doivent prendre garde de ne pas insister sur le fait que les femmes devraient se préoccuper principalement de leur apparence ou de l'approbation de leur entourage.

Un effet immédiat du tabagisme qui pourrait préoccuper bien des femmes enceintes est celui qui peut se manifester sur le fœtus. La grossesse est souvent un facteur qui incite les femmes à cesser de fumer ou à réduire leur consommation (H3, W1). Cependant, bien des femmes recommencent à fumer après la naissance de leur enfant (W1). Ceci laisse croire que les femmes sont peut-être en train de changer leurs habitudes tabagiques pour protéger le fœtus plutôt que dans leur propre intérêt. Il importe d'envisager la santé de la femme comme étant une question importante en soi et pas seulement par rapport au fœtus (W2). De plus, si une femme cesse de fumer pour elle-même (que ce soit pour sa santé ou d'autres raisons), il lui est plus facile de persévérer, ce qui à long terme est profitable pour elle-même et pour sa famille.

**6 Bien qu'elles soient conscientes des risques associés au tabagisme les femmes voient des avantages à continuer de fumer, notamment sur les plans du stress et du poids.**

Certaines fumeuses voient dans le tabac des avantages tels que la relaxation, la réduction du stress et le contrôle du poids (H3, W1).

Dans *l'Enquête sur le tabagisme au Canada*, la relaxation était la raison la plus fréquemment citée par les femmes pour recommencer à fumer après avoir tenté d'arrêter. Parmi les femmes qui disaient subir beaucoup de stress dans leur vie, 45 % fumaient, contre 32 % parmi les femmes qui disaient subir très peu de stress (S8).

Certaines recherches ont révélé que les femmes sont plus susceptibles que les hommes de fumer pour lutter contre le stress et de recommencer à fumer dans des situations stressantes après avoir tenté d'arrêter (D1, W1). Les situations de stress en question sont souvent liées au phénomène de l'inégalité des sexes (p. ex. l'inégalité économique, les rôles multiples, la violence) (B3, D1, W2). Des techniques individuelles de gestion du stress et une analyse des causes externes du stress dans la vie des femmes seraient des composantes utiles des programmes de renoncement pour les femmes.

Les femmes qui sont défavorisées à plusieurs égards (particulièrement par la pauvreté et le chômage) peuvent considérer la cigarette comme étant un des rares luxes dans leur existence. Les femmes seules ayant de jeunes enfants voient parfois la cigarette comme étant une occasion de relaxer (W2).

Les femmes sont plus portées que les hommes à croire qu'elles grossiront si elles cessent de fumer (D1). Il est essentiel, si l'on veut encourager les femmes de tout âge à renoncer au tabac, de reconnaître certains avantages que l'on prête au tabagisme et d'aider les femmes à trouver d'autres façons de se les procurer. Pour ce qui est de la question du poids, il importe d'aider les femmes à adopter une attitude critique face aux notions populaires de ce qui rend une femme attrayante et à accepter leur propre corps. Il est également utile de leur fournir de l'information sur une alimentation saine et une vie active pour les aider à maintenir un poids raisonnable.

Les programmes axés sur les femmes (tels que *Catching Our Breath* (C7), *Vers une vie sans fumer* (S7), et *Habiletés et indépendance personnelles* (H1) récemment mis au point pour les filles de 10 à 15 ans) traitent déjà des questions du stress et du poids. On pourrait intégrer certains de ces points dans d'autres programmes et documents en reconnaissant les avantages que les femmes croient tirer de la cigarette, tout en encourageant les femmes à adopter une attitude critique et des solutions de rechange positives.

# Deux

# Deux fois plus de

Une approche globale du tabagisme chez les femmes inclut des mesures pour éviter que les adolescentes commencent à fumer et pour aider les femmes à cesser de fumer. Santé Canada a produit deux documents visant à guider les organismes communautaires dans leurs efforts de prévention comme dans leurs efforts de soutien aux femmes qui veulent renoncer au tabac.

*Pour éteindre le désir d'allumer* (S6) est un document d'information détaillé qui entourant les efforts de prévention. *Vivre sans fumée* (G2) aide les organismes à s'y retrouver parmi les nombreuses ressources qui existent pour cesser de fumer, en vue de décider lesquelles conviendraient dans leur milieu. Ces deux publications contiennent de l'information sur des programmes existants et une série de documents pour les femmes dans leurs collectivités.

Santé Canada, site Web :
www.hc-sc.gc.ca/hppb/reduction-tabagisme

**7 Les femmes sont plus susceptibles d'accepter et de juger pertinents les principes d'andragogie que les conseils venus d'en haut.**

Le fait de puiser dans les croyances mêmes des femmes et les solutions qu'elles peuvent elles-mêmes apporter est conforme aux principes de l'habilitation personnelle et de l'andragogie. Les messages visant à promouvoir une sensibilisation accrue aux conséquences néfastes de la cigarette peuvent être plus percutants si l'on demande aux femmes ce qu'elles perçoivent comme étant les inconvénients de la cigarette. En demandant aux femmes ce qu'elles pourraient faire pour améliorer leur santé, on leur donne l'occasion de penser elles-mêmes à cesser de fumer, sans avoir à attendre qu'un professionnel de la santé y pense pour elles. Lorsque l'on aborde la question de la cigarette dans le cadre de services courants (au lieu d'en traiter isolément comme d'un problème), les conseils quant aux avantages d'y renoncer peuvent alors devenir plus acceptables. Comme bien des femmes se sentent coupables de fumer (C1), elles n'acceptent pas nécessairement de bon cœur les conseils des professionnels qui peuvent sembler moralisateurs.

Les messages qui encouragent les femmes à cesser de fumer ne devraient pas tendre à leur inspirer des sentiments de culpabilité ou de honte. Certains projets de recherche de la SRDT ont révélé que les messages jouant sur la peur peuvent amplifier les sentiments de culpabilité, le stress et la consommation de tabac (B3, H3). Les stratégies qui jouent sur la honte et le blâme affaiblissent l'estime de soi. Bien que certains fumeurs considèrent les messages négatifs comme étant motivants, les messages positifs peuvent réussir mieux à atteindre les fumeurs plus réfractaires au changement (comme ceux qui n'envisagent pas encore sérieusement de cesser de fumer). Ces messages constituent des stratégies positives pour cesser de fumer, surtout s'ils sont jumelés à des techniques d'éducation d'andragogie participatives.

# Ça fonctionne

## ET VOUS POUVEZ LE COMMANDER !

Lorsqu'un petit groupe de centres de santé communautaire de l'Ontario a mis au point un programme de renoncement au tabac pour des groupes de femmes au début des années 90, il ne se doutait pas de l'ampleur qu'il allait prendre. *Vers une vie sans fumer : un programme pour les femmes* (S7) repose sur une approche holistique du tabagisme chez les femmes, s'intéressant à tous les aspects de la vie de chacune des femmes, et il admet comme buts autant la réduction que le renoncement complet.

Une réussite dès le début et largement adopté en Ontario, le programme a fait l'objet d'une mise à jour et d'une évaluation, grâce à des fonds provenant de l'Initiative de lutte contre le tabagisme chez les femmes. L'évaluation a révélé que le programme aidait 57 % des participantes francophones et 71 % des participantes anglophones à réduire le nombre de cigarettes fumées, au stade du programme qui prévoit le renoncement au tabac. De plus, 26 % des participantes francophones et 14 % des participantes anglophones réussissaient à abandonner le tabac complètement Six mois après la fin du programme, 54 % des participantes anglophones et 83 % des participantes francophones avaient maintenu ce changement de comportement. Le programme renforce de plus l'estime de soi et le sentiment de maîtrise personnelle des participantes, et il aide à réduire le stress.

Association canadienne de santé publique
Centre de documentation sur la santé
1565, avenue Carling, bureau 400
Ottawa (Ontario) K1Z 8R1
Tél. : 613-725-3769

**8 Le soutien social est important pour les femmes qui veulent arrêter de fumer.**

Les femmes semblent privilégier un meilleur soutien social que les hommes lorsque qu'elles cessent de fumer (H3, R2, R4, W1, W2). Ce soutien peut prendre différentes formes. Certaines femmes adhèrent à des programmes de renoncement en groupe. Les programmes de groupe dirigés par des pairs ayant déjà été fumeurs peuvent être particulièrement profitables. Les groupes du genre permettent aux femmes de profiter des expériences des autres, de se soutenir entre elles, de mettre en commun des solutions pratiques et de créer des réseaux de soutien.

Les femmes ne sont pas toutes disposées à participer à des programmes de groupe. Certaines préfèrent être aidées individuellement par un professionnel de la santé. Cependant, les conseils d'un professionnel de la santé peuvent faire obstacle au projet de renoncement s'ils témoignent de peu de sensibilité ou sont moralisateurs. Certaines femmes cessent de fumer par elles-mêmes, mais ont besoin du soutien d'un partenaire, de membres de la famille ou d'amis. Par exemple, les femmes qui ont les meilleures chances d'arrêter de fumer sont celles qui ont un partenaire non-fumeur (H3).

Pour venir en aide aux femmes, il faut aussi prévoir à la fois des programmes de groupe et des méthodes d'aide individuelle. Pour assurer l'accessibilité, il faut chercher à éliminer les obstacles financiers, conjoncturels, physiques, éducatifs (p. ex. l'analphabétisme) et affectifs.

**9 La plupart des jeunes fumeuses (14 ans et moins) ont tenté de cesser de fumer dans le passé et ont des types d'habitudes qui rendent le renoncement facile (la plupart ne fument pas tous les jours et fument peu). Il faut un soutien aux fumeuses de ce groupe d'âge qui souhaitent arrêter de fumer.**

Les personnes qui ne fument pas tous les jours et celles qui fument peu de cigarettes par jour sont plus susceptibles d'abandon-

# De mieux EN MIEUX

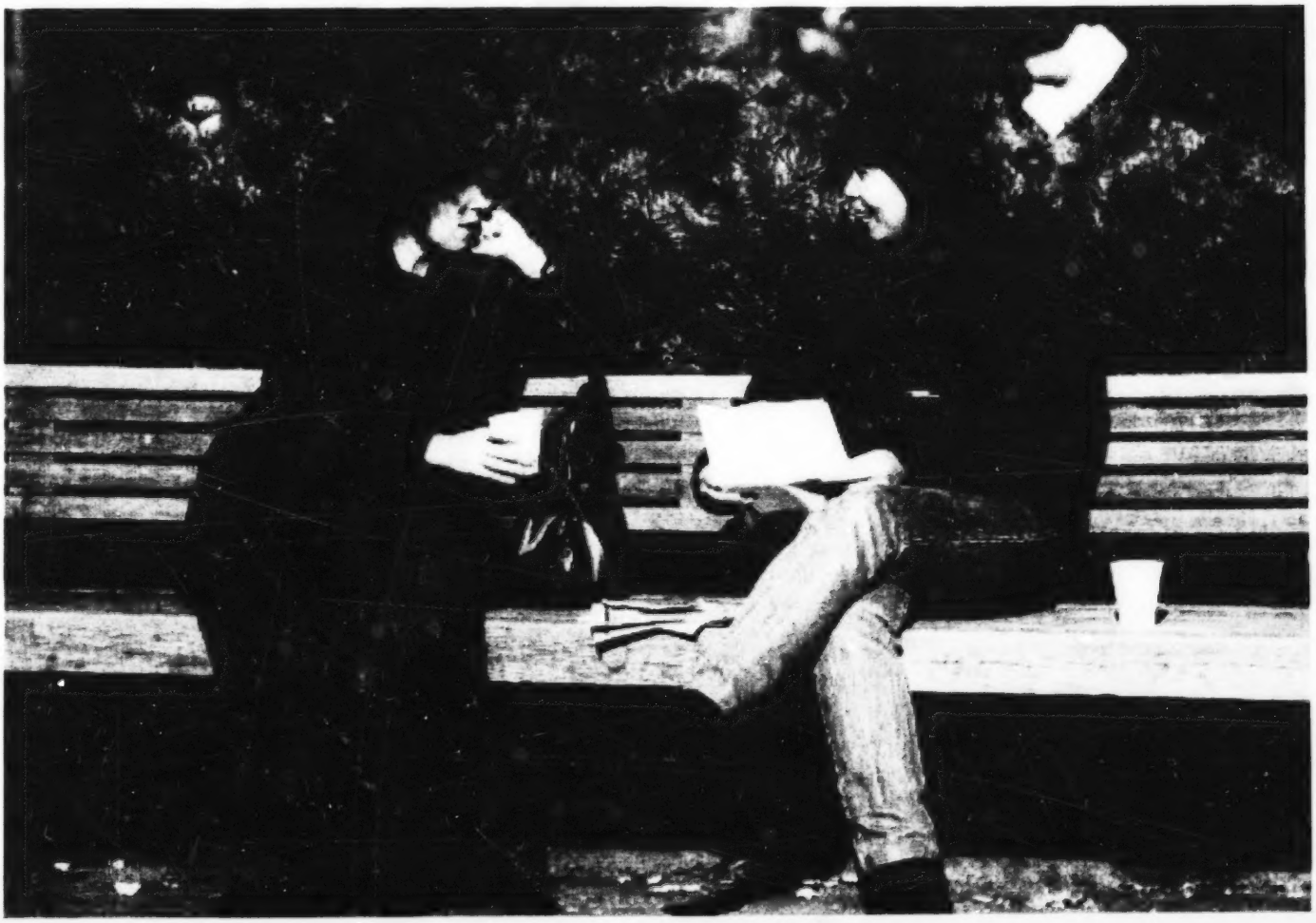
La Women's Health Clinic de Winnipeg a reçu beaucoup de commentaires favorables sur *Catching Our Breath*, le programme de groupe qu'elle offre aux femmes qui veulent cesser de fumer.

Grâce au financement de la SRDT, la clinique a pu adapter le programme pour deux groupes de femmes particuliers : les femmes en milieu de travail et les femmes qui ont difficilement accès aux programmes de renoncement existants à cause de facteurs comme la pauvreté et une maîtrise insuffisante de la lecture et de l'écriture. La version adaptée, *Catching Our Breath* (C7), présente une approche efficace axée sur les femmes, et accessible et pertinente pour un vaste ensemble d'entre elles.

Le projet fournit également un bon exemple d'évaluation d'un programme qui reconnaît les limites du calcul du seul taux de renoncement. *Catching Our Breath* réussit bien à sensibiliser les participantes aux raisons pour lesquelles elles fument, à les rendre plus déterminées à cesser de fumer et à accoître leur confiance en leur capacité de résister dans diverses situations tentantes. La plupart des participantes ont ainsi réduit le nombre de cigarettes qu'elles fumaient, et un moins grand nombre d'entre elles fumaient tous les jours. La cessation a été plus fréquente dans les groupes en milieu de travail que dans les groupes communautaires.

The Women's Health Clinic
3e étage, 419 avenue Graham
Winnipeg (Manitoba) R3C 0M3
Tél. : 204-947-1517

ner le tabac pendant des périodes plus longues. Étant donné que les filles (14 ans ou moins) sont plus souvent des fumeuses occasionnelles (ne fumant pas tous les jours) et qu'elles fument moins de cigarettes par jour, leurs habitudes tabagiques et leur accoutumance physique à la nicotine sont peut-être moins ancrées. En outre, plus la personne est jeune, plus elle est désireuse d'abandonner la cigarette. La plupart des fumeurs essaient d'abandonner dans les deux années suivant la première cigarette. Un pourcentage plus élevé de filles de 10 à 14 ans (88 %) que de garçons du même âge (79 %) ont essayé d'arrêter de fumer (Y3). Par conséquent, les programmes de renoncement au tabac, comme *Une vie 100 fumer* (Q1), devraient être offerts à un jeune âge.



**Il manque des programmes pour certains groupes prioritaires de femmes.**

Il existe peu de programmes de renoncement ou de ressources pour les adolescentes qui ont quitté l'école ou la maison. La cigarette est souvent la norme dans ce groupe. Dans le résumé *Le tabagisme chez les jeunes* produit récemment, on a proposé un certain nombre de programmes pour ce groupe, dont l'inclusion de mesures antitabac dans des programmes plus globaux s'adressant aux groupes prioritaires d'adolescents (p. ex. des programmes de formation professionnelle, d'extension de services ou d'éducation parentale, et des programmes résidentiels pour les jeunes), de la souplesse sur la question des présences, une insistance sur les effets immédiats du tabac, une insistance sur des habitudes multiples en matière de santé et la présence de lieux pour non-fumeurs. De même, il faut entreprendre la prévention tôt, avant que les adolescents ne quittent l'école.

Il est important de tenir compte des différences culturelles dans l'élaboration de programmes pour les Autochtones, les francophones et les groupes ethnoculturels. Les femmes autochtones et les femmes francophones ont des taux de tabagisme plus élevés que l'ensemble des Canadiennes et la cigarette est plus acceptée dans leurs milieux. Elles sont peut-être plus encouragée à continuer de fumer et reçoivent peut-être moins d'appui pour cesser de fumer.

Les femmes de groupes ethnoculturels qui ont récemment immigré au Canada ont généralement des taux de tabagisme inférieurs à la moyenne des femmes. Cependant, celles qui fument font souvent face à une vive désapprobation dans leur milieu.

Les femmes des régions rurales sont souvent mal desservies par les programmes de

renoncement ou de réduction (R8). L'isolement social, l'incertitude financière (et le stress qui l'accompagne), ainsi que la croyance en la nécessité de régler soi-même ses problèmes sont des facteurs qui doivent être pris en considération dans l'élaboration de programmes pour ces femmes. Ceux qui offrent les programmes doivent faire participer ces femmes à tous les aspects de la mise au point des programmes en question et être sensibles aux normes des collectivités, pour que les programmes offerts soient pertinents. De plus, il est possible d'atteindre un plus grand nombre de femmes par des techniques d'éducation à distance (p. ex. Internet, téléconférences). Cependant, bien des femmes défavorisées n'ont pas accès à de tels moyens, et on risque que ceux-ci soient perçus comme les outils d'experts de l'extérieur qui viennent supplanter les personnes ressources locales, qui jouissent peut-être d'une plus grande crédibilité dans la communauté.

# Un accès
## PLUS FACILE

Nous avons tous vu les statistiques qui montrent que la majorité des fumeurs cessent de fumer par eux-mêmes. Est-ce une façon de dire que les programmes de groupe ne sont pas vraiment utiles ? Pas du tout ! Plusieurs projets en Ontario se sont servis de *Vers une vie sans fumer : un programme pour les femmes* (S7) pour offrir un soutien, dans leur milieu, à des groupes de femmes qui souhaitaient cesser de fumer ou réduire leur consommation. Il y avait beaucoup de femmes aux séances de ces groupes et, dans certains cas, il y avait même une liste d'attente.

Qu'est-ce qui faisait la différence ? Les responsables de ces projets se donnaient beaucoup de mal pour faciliter la participation des femmes, en veillant à leur transport – c.-à-d. en leur payant le taxi ou l'autobus ou en offrant de les conduire – et en leur offrant des services de garderie, soit sur place ou à domicile. Quelle leçon faut-il en tirer? Bien des femmes à faible revenu sont incapables d'assister à des séances de groupe parce qu'elles n'en ont pas les moyens ou à cause de leur situation. Les programmes qui essaient d'éliminer certains de ces obstacles externes sont appréciés des femmes, et la participation est bonne.

# Cinquième leçon : Influence des politiques liées au tabac sur les femmes.

## 1 Les femmes sont plus susceptibles que les hommes de travailler dans des endroits où il existe peu de règlements limitant l'usage du tabac.

Les petites entreprises et les lieux de travail du secteur des services (p. ex. le secteur des aliments et boissons, les salons de coiffure, les garderies), où les femmes sont plus susceptibles de travailler, sont moins souvent dotés de politiques antitabac que les lieux de travail de plus grande envergure (W3). De plus, les femmes occupant des emplois moins bien rémunérés, où elles ont peu de contrôle sur les décisions qui se prennent, sont plus susceptibles de fumer.

En outre, les femmes non-fumeuses sont souvent exposées à la fumée de tabac ambiante dans leur lieu de travail (W2). Les restaurants et les bars renferment des concentrations particulièrement élevées de fumée ambiante. Les femmes qui occupent des postes de bas niveau dans leur lieu de travail peuvent éprouver de la difficulté à réclamer des restrictions sur l'usage du tabac (W2).

Cependant, parmi l'ensemble des femmes ayant un emploi (dans tous les types de lieux de travail, grands et petits), la moitié travaillent à un endroit où l'usage du tabac est réglementé, contre seulement le tiers des hommes (S8). Quand la cigarette est interdite au travail, le goût de fumer et le nombre réel de cigarettes fumées diminuent, et les femmes deviennent plus intéressées à cesser de fumer (H3, R4, W1).

## 2 Les politiques antitabac doivent comporter une analyse selon le sexe.

Bien que les approches axées sur les femmes aient jusqu'à maintenant été intégrées principalement dans l'élaboration de programmes (avec un degré d'insistance variable), il convient également de prendre l'approche elle-même en considération pendant l'élaboration des politiques.

Par exemple, certains chercheurs ont mentionné la nécessité d'étudier l'effet de l'augmentation des taxes sur le tabac à la fois sur les habitudes de fumer et le bien-être économique des femmes à faible revenu. Une étude majeure effectuée dans le cadre de la SRDT a révélé que, même lorsqu'elles ont peu d'argent, les femmes continuent d'acheter des cigarettes (H3). Ceci a une importance dans l'élaboration des politiques visant à réduire la consommation de tabac (surtout parmi les jeunes) par des hausses de taxes. Par ailleurs, des prix plus élevés incitent certaines femmes à cesser de fumer ou à réduire leur consommation (R4, W1). Il n'existe pas de consensus à l'heure actuelle sur la meilleure façon de faire un compromis entre les hausses de prix visant à prévenir l'initiation au tabac et les difficultés financières occasionnées aux fumeurs à faible revenu (W2).

Comme il a déjà été mentionné, les méthodes de prévention pour les jeunes doivent être globales et inclure à la fois des composantes de politiques et des composantes de programmes. Certaines recherches ont été effectuées sur les impacts différents que les politiques peuvent avoir selon le sexe. Par exemple, il semble plus facile pour les jeunes femmes que pour les jeunes hommes d'acheter des cigarettes sans avoir l'âge requis. L'augmentation des taxes semble toucher davantage les jeunes femmes en ce qui concerne la quantité de cigarettes fumées et davantage les jeunes hommes en ce qui concerne la prévalence du tabagisme. Cependant, les recherches sur les différences entre les sexes sur le plan de l'impact des politiques demeurent rares et elles sont principalement descriptives.

## 3 Près de 40 % de la population vit dans une maison où au moins une personne fume. Plus de femmes fument à la maison que d'hommes. Des stratégies innovatrices et non moralisatrices visant à promouvoir les maisons sans fumée peuvent réduire l'exposition des non-fumeurs à la fumée ambiante.

Les femmes sont plus susceptibles de fumer à la maison que les hommes (60 % contre 48 %) (S8). Ceci a des répercussions sur l'exposition à la fumée ambiante et exerce une influence sur le comportement tabagique des adolescents (et en particulier des filles). Le défi consistera à encourager les foyers sans fumée, sans inspirer de sentiment de culpabilité aux mères qui fument – dans une grande mesure, peut-être, pour faire face à différentes situations de la vie.

Certains documents éducatifs ont été conçus, dans le cadre de la SRDT, pour encourager les foyers sans fumée. Un exemple bien connu, conçu en Ontario, est *Allez dehors* (T1). Les programmes qui font la promotion des foyers sans fumée proposent aux fumeurs des moyens de protéger leurs enfants et les autres non-fumeurs contre la

fumée ambiante, sans porter de jugement sur leur consommation de tabac.

**4 Les politiques qui ont une incidence sur la santé des femmes vont au-delà de celles qui visent uniquement la lutte contre le tabagisme.**

Une stratégie d'élaboration de politiques axée sur les femmes envisagerait également des politiques autres que celles qui sont propres au tabac, notamment des politiques traitant de soutien du revenu, d'équité, de garde des enfants, de violence, de harcèlement et de droits de la personne. Étant donné que certains chercheurs ont établi des liens entre le tabagisme et la condition sociale des femmes (D1, H3, W2), il convient d'analyser les politiques liées aux déterminants sociaux de la santé ainsi que les politiques visant expressément le tabagisme en vue de déterminer leur impact possible sur les femmes. Dans une étude récente sur les femmes et le renoncement au tabac (W1), on a conclu que les politiques de lutte contre le tabagisme (telles que les politiques de hausse des taxes) doivent être accompagnées de mesures de soutien associées à la santé, au logement, à l'emploi et aux services de garderie, et que les effets de ces politiques sur la condition sociale des femmes devraient être surveillés (p. ex. tout recours accru aux banques alimentaires par les femmes à la suite d'une hausse de taxe sur les produits du tabac).

## Promotion de partenariats ET DE PLANS D'ACTION CONCERNANT les femmes et le tabagisme

Bien des organismes de santé et des organismes communautaires sont désireux d'agir de quelque manière pour lutter contre le tabac. *Il n'y a pas de fumée sans feu* (B4) leur fournit de l'information et un soutien pour qu'ils puissent unir leurs forces en vue d'aider les femmes à vivre sans fumer.

*Il n'y a pas de fumée sans feu* fournit de l'information concernant l'adoption d'une approche axée sur les déterminants de la santé et les femmes, dans les activités de promotion de la santé visant à réduire la consommation de tabac. Le document incite les organismes à s'intéresser à la question des femmes et du tabagisme et à collaborer avec d'autres dans le cadre de ce processus.

Société canadienne du cancer
10, avenue Alcorn
Toronto (Ontario) M4V 3B1
Tél. : 416-961-7223
Site Web : www.cancer.ca/tobacco

## Combler le fossé POUR LES FEMMES handicapées

Jusqu'à maintenant, on s'est peu penché sur la question du tabagisme chez les handicapées. Peu de programmes de renoncement au tabac pour les femmes ont pris en considération l'accessibilité des immeubles et du matériel (langage clair et Braille). En produisant *Sortie de secours : les femmes handicapées et le tabac* (A5), le Réseau d'action des femmes handicapées du Canada a fait un pas important en vue de combler le fossé dans le soutien aux femmes handicapées qui souhaitent cesser de fumer.

*Sortie de secours* a été rédigé par et pour des femmes handicapées. Le document reprend bon nombre des idées et techniques d'autres programmes de renoncement ou de réduction et les applique à des situations réelles que vivent les femmes handicapées.

Service des publications, Santé Canada
Téléphone : 613-954-5995
Télécopieur : 613-941-5366
Site Web : www.hc-sc.gc.ca/hppb/reduction-tabagisme

# **Sixième leçon :** Encourager l'action communautaire pour lutter contre l'usage du tabac chez les femmes.

**On semble de plus en plus sensible à l'importance d'une approche axée sur les femmes dans l'élaboration de programmes antitabac.**

Certains des documents de travail préparés aux premières étapes de la SRDT (D1, H3,W2) ainsi que les travaux préalables étaient centrés sur une approche de réduction axée sur les femmes. Cette approche s'inspire d'approches féministes ainsi que d'approches cognitivo-comportementalescourantes en matière d'élaboration de programmes, combinant des stratégies de changement individuel efficaces et une analyse de la condition sociale de bien des femmes (p. ex. faible revenu, violence, discrimination, harcèlement, responsabilité de prodiguer des soins).

Une approche axée sur les femmes considère les femmes comme des expertes de leur propre vie, reconnaît que les comportements individuels s'inscrivent dans un contexte social plus vaste, tient compte du stress de la vie et des obstacles au changement, permet une gamme de résultats positifs possibles (p. ex. une réduction aussi bien qu'un abandon total, en fonction des besoins et buts présents des femmes), associe la réduction de l'usage du tabac à d'autres préoccupations de la vie des femmes et reconnaît l'importance que bien des femmes accordent au soutien social (D1, H3, W2). De plus, une approche axée sur les femmes reconnaît et cible les obstacles au changement, et elle s'assure que les programmes sont accessibles aux femmes (R2).

**Bien des organismes communautaires oeuvrant auprès des femmes commencent à intégrer des initiatives antitabac (renoncement/réduction) dans leurs activités.**

Une étude auprès d'organismes de femmes partout au Canada (B3) a révélé que la plupart ne connaissaient pas les programmes antitabac existants. La SRDT offre aujourd'hui des ressources, comme *Il n'y a pas de fumée sans feu…* et *Vivre sans fumée* (B4, G2), qui aident les groupes à prendre des mesures pour réduire le tabagisme chez les femmes au sein des organismes et des communautés. Les organismes deviennent plus conscients des liens qui existent entre le fait de fumer et d'autres déterminants de la santé, et du fait que des mesures de renoncement/réduction peuvent développer chez les femmes un sentiment de maîtrise de leur propre existence. Les organismes antitabac et les associations de femmes collaborent plus qu'avant la SRDT, et bien des coalitions communautaires s'intéressant au tabac et à la santé se sont créées pendant la durée de la SRDT.

Les associations de femmes sont particulièrement bien placées pour aider les femmes à modifier leurs habitudes tabagiques. Elles ont accès à bien des populations prioritaires que les fournisseurs habituels de services antitabac ont du mal à joindre. De nombreuses associations de femmes sont très respectées et accessibles aux femmes. Les questions entourant le tabac peuvent être et ont été intégrées efficacement dans des programmes de maisons d'hébergement pour femmes ainsi que dans des programmes d'éducation prénatale, d'éducation parentale. La santé peuvent aborder avec les femmes la question de la consommation de tabac dans le cadre des soins de santé courants qu'ils dispensent.

**Il faudra prendre des mesures pour assurer une bonne disémination, le maintien et l'évaluation à plus long terme des programmes axés sur les femmes.**

Bien que plusieurs initiatives conçues pendant la durée de la SRDT se concentren sur les femmes, il demeure nécessaire de disséminer les programmes et ressources efficaces, et de former les personnes qui souhaitent les appliquer. Les développement communautaire doit mener à des interventions (programmes et politiques) qui influeront de façon plus directe sur les attitudes et comportements associés au tabac. Dans le cadre des évaluations, il faut examiner les effets collectifs et interactifs d'un certain nombre d'initiatives sur des cohortes données pendant une période de temps, plutôt que de simplement examiner des programmes individuels.

## Pour de plus amples renseignements

le site Web de Santé Canada : www.hc-sc.gc.ca/hppb/reduction-tabagisme

le site Web du Conseil canadien pour le contrôle du tabac : www.cctc.ca

le site Web de Une Vie 100 Fumer :

# CODES DES DOCUMENTS PUBLIÉS DANS LE CADRE DE LA SRDT

La SRDT, de concert avec divers partenaires, a produit des centaines de rapports, de ressources et documents. On trouvera dans cette partie une brève description de chaque ressource mentionnée dans le bulletin. On y indique également ou s'adresser pour en savoir davantage sur le projet en question ou pour commander un document, lorsque celui-ci est disponible. Toutefois, d'autre items peuvent être empruntés de la Bibliothèque ministérielle. Ministère de Santé Canada sous forme de prêt entre bibliothèques. Pour de tels arrangements, veuillez contacter votre bibliothèque d'établissement ou publique. La majorité des projets ont été réalisés dans le cadre de la SDRT. Les documents issus de projets mis en œuvre avant la SRDT sont marqués d'un astérisque (*).

**A5** **Sortie de secours : Les femmes et le tabac.** 1997, anglais et français.

Un cahier d'auto apprentissage pour les femmes handicapées qui désirent cesser de fumer. Le processus de renoncement décrit est basé sur cinq étapes. Ce cahier est offert sur papier, sur disquette et sur bande audio ou en braille.

Service des publications, Santé Canada
Téléphone : 613-954-5995 Télécopieur : 613-941-5366
Site Web : www.hc-sc.gc.ca/hppb/reduction-tabagisme

**A9** **A Literature Review on Tobacco Sponsorship.** 1996, anglais.

Rapport de recherche non publié qui présente un aperçu des types d'activités de commandite produites par l'industrie du tabac, les lois internationales et canadiennes pour contrôler cette commandite et les leçons apprises à l'échelle internationale, la réponse de l'industrie du tabac au boycott de la publicité, les politiques non législatives, les programmes et les approches pour limiter la commandite.

**B2** **Réagis face aux médias et sois-en fière.** 1996, anglais et français.

Une trousse destinée à enseigner aux jeunes filles de 12 à 15 ans comment les médias et la publicité peuvent influencer les croyances et le comportement liés à l'image de soi et à l'usage du tabac, et affecter la santé des femmes. La trousse comprend trois documents : un guide, un ensemble de feuillets de renseignements et un livre d'activités.

Site Web : www.hc-sc.gc.ca/hppb/reduction-tabagisme

**B3** **Étude de faisabilité – de l'air !** Sans date, anglais et français.

Un guide pour les organismes communautaires basé sur des entrevues avec six femmes dans chacune des neuf régions. Ce guide donne des façons d'intégrer le thème du tabagisme dans des programmes existants.

Site Web : www.hc-sc.gc.ca/hppb/reduction-tabagisme

**B4** **Il n'y a pas de fumée sans feu... pourquoi les femmes fument-elles et comment travailler ensemble pour dissiper les nuages.** 1996, anglais et français.

Un guide pour les organismes communautaires qui désirent former des partenariats avec d'autres organismes dans le but de poser des gestes concrets pour réduire l'usage du tabac. Ce guide s'adresse aux groupes de femmes qui n'ont pas nécessairement comme objectif de réduire l'usage du tabac.

Société canadienne du cancer
10, avenue Alcorn
Toronto (Ontario) M4V 3B1
Téléphone : 416-961-7223
Site Web : www.cancer.ca/tobacco

**C1** **L'usage de la cigarette et la présentation de soi.** 1996, anglais et français.

Rapport de recherche élaboré à partir d'un examen de la documentation sur le sujet et d'entrevues en profondeur avec 30 étudiantes au niveau universitaire. Le rapport étudie le rôle et l'impact des comportements liés au tabagisme dans la représentation individuelle des comportements des jeunes femmes. L'étude comprend des exemples d'étiquettes présentant les dangers de la cigarette qui touchent des questions personnelles.

Service des publications, Santé Canada
Téléphone : 613-954-5995 Télécopieur : 613-941-5366
Site Web : www.hc-sc.gc.ca/hppb/reduction-tabagisme

**C2** **Close Up: A Resource Package for Nurses Who Smoke or Have Recently Become Smoke-Free.** 1996, anglais.

Un guide personnalisé de renoncement au tabac pour les infirmières qui fument. Ce guide est basé sur un modèle de changement en cinq étapes.

The Manitoba Nursing Research Institute
Faculty of Nursing, University of Manitoba
Winnipeg (Manitoba) R3T 2N2
Téléphone : 204-474-7318 Télécopieur : 204-275-5464
Site Web : www.umanitoba.ca/faculties/nursing/mnri/closeup

**C5** **Communities for Youth/Women and Tobacco.** 1997, anglais.

Le Drug Prevention Network a mené des projets individuels de réduction de l'usage du tabac auprès d'adolescentes, de femmes et de personnes âgées. Chaque projet utilisait une approche différente, y compris l'élaboration d'un programme d'aide, des programmes de renoncement et la préparation de feuillets de renseignements. On a rédigé un rapport final d'évaluation.

**C7** **Catching Our Breath.*** 1997, anglais.

Une nouvelle version d'un document en deux parties traitant de la réduction et de l'abandon de l'usage du tabac pour des femmes à faible revenu. Ces documents comprennent un guide pour les animateurs et un journal pour les participantes. Cette nouvelle version a été adaptée pour les femmes en milieu de travail.

The Women's Health Clinic
419, avenue Graham, 3e étage
Winnipeg (Manitoba) R3C 0M3
Téléphone : 204-947-1517

**C8** **Crabtree Corner Women and Tobacco Pilot Project.** 1997, anglais.

Un centre pour femmes a élaboré un programme de réduction de l'usage du tabac en collaboration avec des femmes qui utilisent les services du centre. Le programme donne des ateliers d'enseignement, fournit l'aide de pairs et l'accès à de la documentation. On a préparé un rapport d'évaluation.

**C10** **Cultural Factors in Tobacco Use Among Ethnic Groups in Canada.** 1996, anglais.

On a mené des groupes de travail et des sondages téléphoniques auprès de certains groupes ethniques et culturels d'immigrants à Ottawa et à Toronto pour déterminer les programmes antitabagisme pour les immigrants. Cette recherche a démontré des changements dans les comportements liés au tabagisme au moment où les immigrants arrivent au Canada elle a aussi démontré que les nouveaux arrivants ne sont pas au courant des effets du tabagisme ou de la fumée de tabac ambiante.

**D1** **Delivering Gender Sensitive Tobacco Reduction Programs: Issues and Approaches.** 1995, anglais.

Un document destiné à améliorer notre connaissance des besoins particuliers et des approches spécifiques pour l'élaboration et l'exécution de programmes efficaces de prévention et de renoncement de l'usage du tabac, de même que des ressources pour divers groupes de femmes. On y retrouve des exemples de réduction de l'usage du tabac et d'autres initiatives de santé qui ont adopté une approche par sexe.

**G1** **Différences entre les adolescents et les adolescentes quant aux motifs qui les incitent à fumer et à l'usage qu'ils font du tabac.** Sans date, anglais et français.

Une revue de la documentation sur les différences entre les sexes dans l'acquisition des indices menant au tabagisme chez les adolescents. On a examiné les facteurs psychosociaux, les politiques des gouvernements et d'autres questions, et les facteurs d'acquisition du tabagisme. Un groupe de travail a étudié 12 groupes et 112 participants pour mieux connaître le rôle des deux sexes dans l'acquisition du tabagisme chez les adolescents.

**G2** **Vivre sans fumée.** Sans date, anglais et français.

Un document pour les organismes communautaires qui contient des renseignements sur les actions et les programmes de réduction ou de renoncement concernant l'usage du tabac chez les femmes. Ce document fournit de la documentation à la fois aux fournisseurs de services et à leurs clients.

Site Web : www.hc-sc.gc.ca/hppb/reduction-tabagisme

**H1** **Habiletés et indépendances personnelles (HIP).** 1996, anglais et français.

Un programme mené par des pairs qui enseigne aux adolescentes un style de vie sans tabac dans des établissements de santé, récréatifs et de vie active. Les documents comprennent un guide pour les animateurs et un guide pour les leaders.

Association canadienne de loisirs intramuros
212B-1600, promenade James Naismith
Ottawa (Ontario) K1B 5N4
Téléphone : 613-748-5639 Télécopieur : 613-742-5467

**H3** **High Priority Women Project.** 1995, anglais.

Une évaluation complète des besoins, particulièrement auprès des femmes marginales et des organismes à l'extérieur des organisations traditionnelles de contrôle de l'usage du tabac. Le but du projet consistait à évaluer la nature et l'ampleur du problème lié au tabagisme dans des groupes marginaux et à aider à la réduction et au renoncement concernant l'usage du tabac par des programmes existants, des nouveaux programmes et de la documentation. Une série de rapports ont été créés à partir de cette recherche.

**I2** **Maximiser l'impact.** 1996, anglais et français.

Une documentation qui complète les programmes scolaires de prévention du tabagisme pour les étudiants de la 5e à la 8e année. Les sujets traités sont le rôle de l'industrie du tabac, la sensibilisation aux médias et les femmes et le tabagisme. Les documents comprennent un guide de ressources pour les éducateurs, un guide pour les animateurs d'ateliers et un CD-ROM pour les étudiants.

Société canadienne du cancer
200-10, avenue Alcorn
Toronto (Ontario) M4B 3B1
Téléphone : 416-961-7223 Télécopieur : 416-961-5189

**M1** **Les femmes, le tabac et les médias.** 1996, anglais et français.

Un projet de recherche sur la présentation de l'usage du tabac et du tabagisme, et l'image des jeunes filles et des femmes dans quatre médias – magazines féminins, journaux, cinéma et télévision – en anglais et en français au Canada.

Service des publications, Santé Canada
Téléphone : 613-954-5995 Télécopieur : 613-941-5366

**M4** **Évaluation de la conformité des détaillants avec la législation sur la vente du tabac aux mineurs.** 1996, anglais et français.

Étude de la mesure dans laquelle les détaillants de produits du tabac se conforment aux lois qui interdisent la vente de tabac aux mineurs et limitent la publicité sur le tabac.

Site Web : www.hc-sc.gc.ca/ehp/dhm/tabac/recherche/apercu.htm

**P10 Public Attitudes Toward Toxic Constituent Labelling on Cigarette Packages.** 1996, anglais.

Un rapport de recherche qui décrit les résultats d'une étude qualitative faite par 18 groupes de travail sur la prise de conscience des fumeurs sur les risques du tabac pour la santé et les effets de la fumée de tabac ambiante, les sources d'information sur les effets du tabagisme et la sensibilisation aux produits toxiques contenus dans les cigarettes.

Site Web: www.hc-sc.gc.ca/ehp/ehd/tobacco/research/index.htm

**Q1 Une Vie 100 Fumer.*** 1993, 1995, 1996, anglais et français.

De la documentation pour de l'autoperfectionnement ou de la formation en groupe pour les adolescents. La documentation comprend un CD pour les adolescents et un guide pour les animateurs de groupes. De l'aide additionnelle est offerte sur le site Web.

Service des publications, Santé Canada
Téléphone : 613-954-5995 Télécopieur : 613-941-5366
Site Web : www.vie100fumer.com

**R2 Relief... At What Cost? Women with Disabilities and Substance Use/Misuse.** 1996, anglais.

Un document qui résume un rapport d'évaluation des besoins concernant les questions liées à l'usage du tabac, de l'acool et d'autres drogues par des femmes handicapées. Douze groupes de discussion ont été établis partout au Canada. Un rapport complet intitulé *Lessons from the Research* a été publié.

**R4 Recherche sur les aspects sociosanitaires du tabagisme chez l'adolescente marginale.** 1995, anglais et français.

Un document de recherche non publié qui résume la documentation concernant les adolescentes âgées de 14 à 19 ans qui fument, qui n'ont pas terminé leurs études et qui ne vivent plus dans leur famille. Le document énumère les programmes existants de prévention et d'abandon du tabagisme pour ce groupe cible et décrit les principales composantes d'une stratégie sur le renoncement à l'usage du tabac qui pourraient toucher les adolescentes marginales.

**R8 Les femmes en milieu rural et la toxicomanie.** 1996, anglais et français.

Rapport de recherche visant à identifier les principales composantes des programmes efficaces de prévention de l'usage du tabac, de l'alcool et d'autres drogues par les femmes des milieux ruraux et des programmes efficaces de traitement à leur intention. Comprend une analyse documentaire, les résultats d'entrevues avec des informateurs importants et une description de programmes et de ressources efficaces.

**S2 Programmes de prévention de l'usage du tabac dans les écoles : enquête nationale.*** 1994, réimpression 1996, anglais et français.

Rapport de recherche qui examine dans quelle mesure les programmes de prévention du tabagisme sont offerts dans les écoles au Canada, évalue la réponse aux critères d'efficacité des programmes existants et cerne les lacunes.

Service des publications, Santé Canada
Téléphone : 613-954-5995 Télécopieur : 613-941-5366

**S5** **Les politiques antitabagisme dans les écoles, les garderies, les établissements de services de santé et les établissements commerciaux.** 1995, anglais et français.

Quatre feuillets de renseignements décrivant dans quelle mesure différents établissements publics ont adopté des politiques antitabagisme. On présente les principales questions entourant la mise en place de ces politiques. On y retrouve un résumé d'une étude plus importante.

Service des publications, Santé Canada
Téléphone : 613-954-5995 Télécopieur : 613-941-5366

**S6** **Pour éteindre le désir d'allumer.** 1996, anglais et français.

Une trousse de renseignements pour les groupes communautaires comprenant huit modules pour les dispensateurs de services et de la documentation pour les adolescentes.

Site Web : www.hc-sc.gc.ca/hppb/reduction-tabagisme

**S7** **Vers une vie sans fumer : un programme pour les femmes.*** 1996, anglais et français.

Un programme existant de réduction et de renoncement concernant l'usage du tabac a été adapté pour inclure les cinq étapes d'un modèle de changement et a été évalué par des groupes de francophones et d'anglophones partout au pays pour mieux faire connaître le programme. La documentation offerte comprend un guide pour les animateurs, des documents pour les participants, une vidéo promotionnelle et un rapport d'évaluation.

Association canadiennne de santé publique
1565, avenue Carling, Bureau 400
Ottawa (Ontario) K1Z 8R1
Téléphone : 613-725-3769 Télécopieur : 613-725-9826

**S8** **Enquête sur le tabagisme au Canada. Cycles 1 à 4.** 1995, anglais et français.

Ce sondage apporte des modifications au sondage longitudinal national qui avait recueilli des renseignements auprès d'environ 15 800 Canadiens et Canadiennes âgés de 15 ans et plus, réalisé à quatre reprises au cours de la même année.

Service des publications, Santé Canada
Téléphone : 613-954-5995 Télécopieur : 613-941-5366

**T1** **Allez dehors.** 1996, anglais et français.

Une campagne médiatique pour encourager les médecins à être plus actifs dans la promotion d'environnements sans fumée pour les enfants, augmenter la prise de conscience des médias, mieux informer les parents et les motiver à offrir un environnement familial sans fumée. Cette campagne comprend des publicités sur papier, des publicités dans les autobus et des annonces publicitaires à la télévision, toutes destinées à attirer l'attention des fumeurs, à diffuser un message sans jugement et à encourager les fumeurs à aller fumer dehors.

Médecins pour un Canada sans fumée
C.P. 4849, Station E
Ottawa (Ontario) K1S 5J1
Téléphone : 613-233-4878 Télécopieur : 613-567-2730
Site Web : www.smoke-free.ca

**W1** **Les femmes et le renoncement au tabac.** 1996, anglais et français.

Une révision des documents traitant du renoncement à fumer, une seconde analyse des données d'un sondage national sur les modèles du tabagisme et un rapport de cinq groupes de discussion totalisant 25 femmes.

Service des publications, Santé Canada
Téléphone : 613-954-5995
Télécopieur : 613-941-5366
Site Web : www.hc-sc.gc.ca/hppb/reduction-tabagisme

**W2** **Les femmes et le tabagisme : Plan d'action.** 1995, anglais et français.

Un document qui résume les questions de contrôle du tabac concernant les femmes, préparé comme documentation de base pour une réunion nationale. Le document comprend un aperçu des découvertes liées aux femmes et à l'usage du tabac, des programmes et des ressources offerts, des questions de politiques gouvernementales, des stratégies de marketing social, et des renseignements selon les groupes d'âge et les groupes marginaux.

Service des publications, Santé Canada
Téléphone : 613-954-5995 Télécopieur : 613-941-5366

**W3** **Le tabagisme au travail : tendances, enjeux et stratégies.** 1996, anglais et français.

Ce document passe en revue l'état actuel des connaissances au sujet de l'exposition à la fumée de tabac ambiante (FTA) dans le milieu de travail. L'objectif principal de ce document est de fournir des renseignements et d'analyser des actions à planifier pour réduire l'exposition à la FTA dans le milieu de travail. On arrive à la conclusion qu'une plus grande action concertée dans le milieu de travail est essentielle; on traite aussi des facteurs qui contribuent et nuisent à l'atteinte de ces objectifs.

Site Web : www.hc-sc.gc.ca/hppb/reduction-tabagisme

**Y3** **Enquête de 1994 sur le tabagisme chez les jeunes (Rapport technique).** 1996, anglais et français.

Une recherche sur le comportement et les attitudes liés au tabagisme basée sur des entrevues avec 23 761 jeunes de 10 à 19 ans. Les résultats sont offerts sur disquette, imprimés en gros caractères et, sur demande, en cassettes audio et en braille. Des feuillets de renseignements sont aussi disponibles.

Service des publications, Santé Canada
Téléphone : 613-954-5995 Télécopieur : 613-941-5366

Site Web : www.hc-sc.gc.ca/ehp/dhm/tabac/recherche/apercu.htm